



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CLÁUDIA CECÍLIA HERNANDEZ BARILLAS

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE MÉDICOS
DE UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

FORTALEZA
2016

CLÁUDIA CECÍLIA HERNANDEZ BARILLAS

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE MÉDICOS
DE UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos.

Co-orientadora: Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles.

FORTALEZA-CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B1a BARILLAS, CLAUDIA CECILIA.
AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE MÉDICOS DE
UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO / CLAUDIA CECILIA BARILLAS. –
2016.
119 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos..
Coorientação: Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles..
1. Segurança do paciente. 2. Maternidade. I. Título.

CDD 610.73

CLÁUDIA CECÍLIA HERNANDEZ BARILLAS

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE MÉDICOS
DE UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêutica.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos

(orientador) – Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Miriam Parente Monteiro

Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Ângela Maria de Souza Ponciano

Universidade Federal do Ceará

RESUMO

RESUMO

AValiação DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE MÉDICOS DE UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO. Autora: Cecília Hernandez Barillas. Orientador: Djanilson Barbosa dos Santos. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. UFC, 2016.

Esta dissertação traz um estudo sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente de uma maternidade do Nordeste brasileiro, referência no atendimento obstétrico e ginecológico. Com a avaliação da cultura de segurança do paciente sendo realizada a partir da aplicação do questionário HSOPSC, que traz dimensões consideradas como chaves no processo de manutenção do atendimento seguro. O estudo se configurou como uma abordagem quantitativa dos resultados, sendo considerada a autopercepção de 124 médicos da instituição, entre residentes, estatutários e terceirizados. Dentre os principais resultados cita-se as passagens de plantão/turno, transferências internas e a frequência de notificação de eventos como dimensões que carecem de melhorias para a manutenção da cultura de segurança do paciente. As demais dimensões apresentaram força em relação à cultura de segurança do paciente (> 50%). Considerando a dimensão de retroalimentação na comunicação, foi verificado um ponto fraco no recebimento de informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos já que o percentual de respostas positivas ficou abaixo de 50%. o índice de erros relatados é maior entre médicos terceirizados (58,82%), enquanto os médicos estatutários apresentaram índice de 29,41% e os residentes 11,76%. Em relação à ocorrência de problemas na troca de informações entre as unidades do hospital ser frequente também se tem ponto fraco, visto que a discordância dos participantes em relação à afirmação ficou em 40,32%. Na dimensão de passagens de plantão verificou-se como ponto fraco o fato do processo de cuidado ser comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra, visto que o percentual de discordância apesar de ser predominante não ultrapassou 50%, verifica-se maior percentual de concordância entre terceirizados (44,62%) e estatutários (46,43%) quando comparados aos residentes, enquanto os residentes apresentaram maior percentual de discordância (35,48%). No geral foi possível verificar a necessidade de melhorias na comunicação entre os médicos, acredita-se que aprimorando esse setor com informações sobre notificação de erros, bem como informações dos pacientes nas trocas de plantão/turno se possa obter resultados melhores em segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Maternidade.

ABSTRACT

ABSTRACT

ASSESSMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE AMONG DOCTORS OF A MATERNITY OF NORTHEASTERN BRAZIL. Author: Cecilia Hernandez Barillas. Supervisor: Djanilson Barbosa dos Santos. Masters dissertation. Master in Pharmaceutical Sciences. Department of Pharmacy. Faculty of Pharmacy, Odontology and Nursing. UFC 2016.

This paper presents a study on the assessment of patient safety culture of a maternity hospital in northeastern Brazil, a reference in obstetrical and gynecological care. With the assessment of patient safety culture being carried out from the application of HSOPSC questionnaire, which brings dimensions considered as keys to the safe service maintenance process. The study was set up as a quantitative approach results, being considered the perception of 124 doctors of the institution, between residents, statutory and contractors. Among the main results cites is the shift change / shift and internal transfers and event notification frequency as dimensions that need to be improved to maintain patient safety culture with 45.96% and 39.51% of the total . The other dimensions showed strength in relation to patient safety culture (> 50%). Considering the feedback dimension in communication, a weak point in receiving information about changes implemented from the event reports has been verified as the percentage of positive responses fell below 50%. It is noteworthy that for the calculation is considered an p significance level <0.37, it is possible to verify that the reported error rate is higher among outsourced physicians (58.82%), while the statutory doctors had 29.41 index % and residents 11.76%. Regarding the occurrence of problems in the exchange of information between hospital units is often also have weakness, as the disagreement of the participants in relation to the claim was in 40.32%. The size of shift change was found as a weakness the fact that the care process is compromised when a patient is transferred from one unit to another, since the disagreement percentage despite being predominant did not exceed 50%, there is greater percentage of agreement between outsourced (44.62%) and statutory (46.43%), while residents had higher percentage of disagreement (35.48%). Overall it was possible to verify the need for improvements in communication between doctors, it is believed that enhancing the sector with information about error reporting and patient information in duty changes / shift can be best resultados in patient safety.

KEYWORDS: Patient safety. Maternity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo queijo suíço de James Reason.....	56
Figura 2. Esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS	57
Figura 3. Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis mensuráveis	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Atributos da qualidade no atendimento em saúde	41
Quadro 2. Conceitos-chave em segurança do paciente	44
Quadro 3. Distribuição de leitos na maternidade.....	72
Quadro 4. Indicadores assistenciais da Maternidade	73
Quadro 5. Principais variáveis consideradas em relação ao perfil dos participantes.....	80
Quadro 6. Variáveis relacionadas ao clima de segurança do paciente	81

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Gênero, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.....84
- Tabela 2 - Principal área/unidade de trabalho e tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital, entre médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro.....85
- Tabela 3. Percentual de repostas positivas dos profissionais médicos, conforme as dimensões da cultura de segurança do questionário pesquisa sobre avaliação da cultura de segurança do paciente, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.....86
- Tabela 4 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança no nível da unidade do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.....87
- Tabela 5 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.....88
- Tabela 6 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança nas medidas de resultados do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.....89

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva dos médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro (2016)91
- Gráfico 2. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou.92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSNi	<i>Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute Of Medicine</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare</i>
MS/GM	Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PQMRP	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e do Nascimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SEMSABH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DE MEDICINA	26
1.2 PROBLEMAS OCUPACIONAIS E ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DE MEDICINA.....	30
1.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E O TRABALHO EM EQUIPE EM UM HOSPITAL	37
1.4 SEGURANÇA DO PACIENTE	41
1.5 CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL NO AMBIENTE DE SAÚDE	48
1.6 FATORES ASSOCIADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS	53
1.7 ERROS MÉDICOS	58
1.8 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS	63
1.8.1 <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i>	65
2 OBJETIVOS	69
2.1 GERAL	69
2.2 ESPECÍFICOS	69
3 MÉTODOS	71
3.1 DESENHO DO ESTUDO	71
3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	71
3.3 FONTE DOS DADOS	73
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	74
3.4.1 <i>POPULAÇÃO</i>	74
3.4.2 <i>AMOSTRAGEM</i>	74
3.4.3 <i>TAMANHO DA AMOSTRA</i>	75

3.4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	75
3.5 INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLETA DE DADOS	76
3.6 SUPERVISÃO E CONTROLE DE QUALIDADE	78
3.7 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	79
3.7.1 ETAPA 1: DEFINIÇÃO DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS	79
3.7.2 ETAPA 2: COLETA E ANÁLISE DOS RESULTADOS	80
3.8 DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS VARIÁVEIS.....	80
3.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	81
3.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	82
4 RESULTADOS.....	84
5 DISCUSSÕES.....	94
6 CONCLUSÕES	100
7 RECOMENDAÇÕES.....	103
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
APÊNDICE A	114
ANEXO A	116



Apresentação

APRESENTAÇÃO

Neste estudo se tem como foco a cultura e o clima de segurança do paciente entre médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro, um hospital referência do Estado do Ceará na assistência obstétrica e ginecológica, utilizando como metodologia um estudo exploratório, avaliativo e transversal com natureza quantitativa, trabalhando com uma amostra de 124 médicos, para quem foi aplicado o questionário auto-administrado para avaliação do clima de segurança do paciente *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), no período de março a maio de 2016.

O hospital é reconhecido como referência no trabalho realizado com ginecologia e obstetrícia, sendo, portanto, o estudo relevante tanto para a sociedade, que colhe os frutos do atendimento médico, que precisa ser eficiente e seguro, quanto para os profissionais e para o hospital, que pode ter neste estudo resultados sobre o clima de segurança do paciente entre seus médicos, podendo utilizá-los para aprimorar os pontos fracos que forem encontrados. Não se deixa de destacar a relevância acadêmica desta pesquisa, já que poderá ser utilizada como base para pesquisas futuras.

Objetiva-se com esta pesquisa Analisar a cultura e clima organizacional para a segurança do paciente entre médicos atuantes em uma maternidade brasileira com base no *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido uma ideologia amplamente difundida entre os serviços de saúde no mundo e consiste em um conjunto de iniciativas para evitar, prevenir e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde (ANVISA, 2013). Sua aplicabilidade envolve o desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura e clima de segurança nos quais devem estar comprometidos todos os profissionais de saúde e pacientes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, um programa internacional que estabelece diretrizes e ferramentas estratégicas para o desenvolvimento, aplicação e divulgação de pesquisas na área de segurança do paciente. Neste documento, uma das prioridades é a mensuração e avaliação rotineira do clima de segurança nas instituições de saúde, por meio de instrumentos validados (WHO, 2004).

Ressalte-se, ainda, que a implementação de um ambiente seguro só poderá ser desenvolvido a partir da institucionalização de uma cultura de segurança, a qual se complementará com outros seis itens: difundir a segurança do paciente como meta para toda a instituição, integrar as atividades de gestão de risco, promover uma comunicação eficaz entre os membros da equipe, criar estratégias de comunicação com os pacientes, compartilhar o aprendizado acerca da segurança e implementar soluções para evitar danos ao paciente (FLEMING, 2005).

De acordo com Silva (2012) com base no *Institute Of Medicine* - IOM se tem três elementos essenciais para a cultura de segurança do paciente: a crença que o atendimento pode ser planejado para a prevenção de danos; o comprometimento para detectar os erros e aprender com eles; e um ambiente favorável para o gerenciamento de erros. Esse gerenciamento do erro é um dos maiores problemas para a segurança do paciente, pois o sistema de saúde vigente

no Brasil dificulta o registro desses erros e, conseqüentemente, que os profissionais da saúde possam aprender com eles.

O objetivo de se verificar o clima de segurança é obter um diagnóstico situacional dos domínios que interferem diretamente no seu desenvolvimento, como por exemplo: aspectos gerenciais, ambiente de trabalho e fatores associados ao profissional (estresse, satisfação no trabalho e clima de trabalho em equipe). E, uma vez construído o diagnóstico, áreas deficientes podem ser prioritariamente trabalhadas na intenção de fortalecer melhores e mais seguras condições de cuidado aos pacientes.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* (JCAHO) recomenda pelo menos uma avaliação anual da cultura de segurança dos cuidados como um dos pilares da política de segurança do paciente nas instituições de saúde, sendo o seu principal objetivo estimar o nível de segurança e sua evolução no decorrer do tempo (NASCIMENTO, 2011).

As abordagens utilizadas atualmente para avaliar a cultura de segurança dos cuidados são três: a epidemiológica, que avalia quantitativamente a cultura através de questionários auto-administrados; a sociológica, onde a cultura está qualitativamente avaliada durante reuniões de consulta multidisciplinares ou células de *feedback*; e a socioantropológica, a abordagem menos utilizada, baseada na combinação de fases de observações e entrevistas. Esta última é a mais rica em termos de informações recolhidas (OCCELLI *et al* 2007; FLIN, *et al* 2006).

No Brasil, de acordo com Correggio, Amante e Barbosa (2014), ainda não é rotineira a avaliação do clima de segurança, ressalta-se nesse escasso campo de produção científica o Questionário de Atitudes de Segurança, o qual foi traduzido e validado no Brasil por Carvalho (2011) com base no *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (SEXTON *et al*, 2006), e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Este último, atualmente traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Reis, Laguardia e Martins (2012), é um instrumento que tem sido apontado como

de elevada sensibilidade para questões relacionadas ao clima e à cultura de segurança, oferecendo ainda a possibilidade de comparar-se a outros indicadores mais convencionais da segurança do paciente, além de ter alto valor preditivo, ser amplamente utilizado em nível mundial (o que permite comparações), auto-aplicável e tempo de preenchimento curto.

Considerando as características do HSOPSC, optou-se por utilizá-lo para avaliar a cultura de segurança do pacientes entre médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro, que consiste em um hospital referência do Estado do Ceará na assistência obstétrica e ginecológica, tendo em vista a alta incidência de complicações maternas e infantis no cenário brasileiro, ter a segurança do paciente adequada se faz fundamental. Com isso, espera-se que seja construído o diagnóstico da equipe médica do referido hospital para proposição de implementação de melhorias para segurança do paciente.

Vale ressaltar que a mortalidade relacionada ao parto foi significativamente reduzida nos últimos tempos, uma pesquisa mundial estimou que o número de mortes relacionadas ao parto caiu de 409 mil para 273 mil entre 1990 e 2011 e que as mortes de crianças com menos de cinco anos de idade declinaram de 11,6 milhões para 7,2 milhões no mesmo ano (BRASIL, 2011).

Acredita-se que a redução desses índices está relacionada aos programas do Governo brasileiro voltados para humanização da assistência ao parto, bem como para adesão das mulheres ao pré-natal. Historicamente, percebe-se que a assistência ao parto humanizado vem sendo implantado há muitas décadas, com sentidos e formas diversas, que podemos imaginar. No início do século XX, o pai da obstetrícia brasileira, Fernando Magalhães juntamente com o professor Jorge de Rezende defendem que o uso de fórceps veio humanizar os partos (REZENDE, 2014).

No decorrer do século XX surgiu na Europa e Estado Unidos o parto sob sedação total, onde fez muito sucesso entre os médicos e parturientes da classe média e alta (WERTZ, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um

expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (MAGALHÃES, 1916).

De acordo com Conceição (2009), as discussões sobre a humanização da assistência foram intensificadas no Brasil ao final da década de 1990, todavia, já é possível perceber a busca por essa humanização desde a década de 1950, quando começaram a ser questionados métodos de indução do parto normal como o uso de fármacos para alívio da dor e episiotomia (incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal do parto).

O movimento que ganhou força na década de 1970, quando as discussões giravam em torno do confronto entre tecnologia e humanização, vindo nesta a possibilidade de resgatar valores retirados pela institucionalização do parto. A partir de então foram sendo criados programas que buscassem essa humanização, como o Programa de Saúde Materno-infantil, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que são considerados como marco nesse processo (CONCEIÇÃO, 2009).

O governo brasileiro lançou em 1970 o Programa de Saúde Materno-infantil, em que o planejamento familiar foi o assunto central para reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil. A partir deste marco, o Brasil evoluiu na assistência ao parto e nascimento humanizados como reflexo de inúmeros esforços do governo e da sociedade (FREITAS *et al*, 2009).

O PAISM foi criado no ano de 1983, tendo como base da discussão o controle da natalidade, incorporando também a atenção à saúde integral da mulher, é pautado em princípios como descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, além de buscar a melhoria da relação entre profissionais de saúde e a mulher, percebendo-se nesse ponto a busca pela humanização (BRASIL, 2013).

Como bem destacam Coelho *et al.* (2009), o PAISM trouxe novas percepções sobre a saúde da mulher, principalmente em relação à integralidade e à autonomia corporal, que devem ser sempre estimuladas, de modo que a própria mulher possa decidir sobre seu corpo e sua saúde.

Por sua vez, o PHPN foi criado no ano 2000 por meio da Portaria MS/GM nº 569, tendo como objetivo principal “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (p. 5).

Assim, o referido programa surgiu com o intuito de humanizar todo o processo de parto e nascimento, atuando com a mulher desde o pré-natal, no preparo físico e psíquico, acolhendo a mulher e seu familiares de forma que lhe passe segurança, apresentando um ambiente de harmonia e tranquilidade para o nascimento (BRASIL, 2014).

De acordo com Coelho *et al.* (2009), o PHPN marca o paradigma da humanização no parto e no nascimento, visando reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil. Quanto à PNAISM, lançada em 2004, foi mais uma evolução em direção à atenção integral à saúde da mulher, desde a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. A referida política buscou reforçar a humanização da atenção em saúde, não apenas como um atendimento caloroso por parte dos profissionais de saúde, mas considerando fatores como a facilidade de acesso aos serviços de saúde, disposição dos insumos e das tecnologias necessárias aos atendimentos, além da educação em saúde, com disponibilidade de informações e orientações, vendo a mulher a partir de sua integralidade, como um sujeito autônomo e participativo (FREITAS *et al.*, 2009).

Atualmente, a Política Nacional da Rede Cegonha – estratégia surgida em 28 de março de 2011 com intensa colaboração do Ministério da Saúde (MS) – está mobilizando equipes de gestores e inúmeros profissionais que atuam na área da saúde em seu processo de elaboração, operacionalização, financiamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha abrange desde o passo anterior à gestação, que diz respeito ao planejamento familiar, até o passo posterior, que são os cuidados no desenvolvimento da criança e do adolescente, com acompanhamento médico de 0 a 17 anos, destacando-se o período de assistência pré-natal e o parto.

Vale ressaltar que sabendo das necessidades de melhoria da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde criou como estratégia a seleção de 32 maternidades prioritárias, as quais foram responsáveis por 139.462 partos em 2013, o que correspondia a 7,5% do total, além de responderem por 20% de todos os óbitos maternos do país. As maternidades selecionadas recebem acima de 1000 partos e 11 delas possui acima de 5.000 partos por mês. (BRASIL, 2014).

Ao se considerar a queda no indicador de óbito materno, é possível destacar que a Rede Cegonha vem apresentando resultados bastante satisfatórios em relação a esse quesito, sendo indiscutível que ainda há muito a se avançar. Outro indicador importante é o crescimento no número de acompanhantes durante o parto nas 32 maternidades prioritárias que foi de 31,33% entre 2012 e 2013, todavia, a meta é atingir em 100% esse crescimento, sendo o acompanhante considerando um direito da parturiente. Em 2013 esse percentual já era de 71% (BRASIL, 2014).

O programa destaca como desafio para serem implementados os vazios assistenciais, mudanças de práticas no ensino médico e a contratualização com hospitais. O que se observa são resultados positivos da Rede Cegonha em nível de Brasil, com ações que podem se estender por toda a rede de maternidades brasileiras para que se possa ampliar esses resultados (BRASIL, 2014).

Em análise à política de humanização da maternidade que também é cenário desta pesquisa, Ribeiro, Zanella e Nogueira (2013) verificaram que a sua política de humanização obteve êxito no contexto de mudanças institucionais previstas através do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP), sobretudo na ampliação de direitos e do acesso dos usuários aos serviços prestados, o que, de certa forma, preencheu uma lacuna histórica na melhoria do atendimento em saúde.

Também em análise aos resultados da mesma maternidade, Bastos et al. (2014), verificaram que as fragilidades no cumprimento das ações e a análise dos marcadores intermediários do plano da Rede Cegonha na Região Caucaia no ano 2013 sinalizam para a ausência de sensibilização dos gestores municipais para implantação propriamente dita desta rede de atenção. Muitos gestores municipais que participaram da pactuação da rede em 2011 não estão mais a frente dos municípios, fato este que pode ter contribuído para esta situação.

Outro estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SEMSABH) revelou que 62% das mortes maternas na cidade poderiam ser evitadas. Essas mortes estão diretamente relacionadas à baixa qualidade de assistência pré-natal e pela preferência em partos cesáreos (BRASIL, 2012). Desse modo, considerando que as mortes poderiam ser evitadas, acredita-se que o clima de segurança do paciente entre médicos se faz fundamental nesse cenário, buscando uma atuação eficiente dos mesmos nesse cenário.

Importante lembrar que ao se tornar profissional de medicina o indivíduo assume com sua profissão e com a sociedade o dever legal e ético de cuidar, conforme disposto nos princípios fundamentais do Código de Ética Médica, assim, ele deve agir em prol da vida humana, resguardando-a. O cenário deste estudo foi destacado pelo Ministério da Saúde (2014) como referência no parto humanizado pela ampliação da atuação do enfermeiro obstetra, pela verticalização do parto, dieta líquida para a gestante, métodos não farmacológicos de alívio da dor, contato pele a pele, amamentação na primeira hora e apoio contínuo.

Desse modo, já se conhece o hospital como referência no trabalho realizado com ginecologia e obstetrícia, sendo, portanto, o estudo relevante tanto para a sociedade, que colhe os frutos do atendimento médico, que precisa ser eficiente e seguro, quanto para os profissionais e para o hospital, que pode ter neste estudo resultados sobre o clima de segurança do paciente entre seus médicos, podendo utilizá-los para aprimorar os pontos fracos que forem encontrados. Não se deixa de destacar a relevância acadêmica desta pesquisa, já que poderá ser utilizada como base para pesquisas futuras.

1.1 OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DE MEDICINA

Segundo Bianchi (2013), a reflexão sobre o sentido do trabalho para um profissional do século XXI deve levar em consideração a evolução e o contexto histórico. Os objetivos pelo qual se trabalha e o que se espera dele, tendo como ponto de referência os profissionais.

De acordo com Morin (1996), o trabalho representa um valor importante nas sociedades ocidentais contemporâneas, exercendo uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sua produtividade.

Segundo Pauchant (1995 *apud* MORIN, 1996), o fato de se fazer um trabalho que “não serve para nada”, que não comporta nenhum interesse humano, em um meio ambiente onde as relações são superficiais, contribui para tornar o trabalho sem sentido. É por isso que é necessário também considerar, na organização do trabalho, as implicações para o indivíduo, para os outros e para a sociedade em geral. Além disso, para alguns, o trabalho pode ser um dos meios para transcender seus interesses particulares, dedicando-se a uma causa importante e significativa.

As inúmeras transformações que estão acontecendo hoje, como a globalização, a crescente valorização do capital financeiro, inovações tecnológicas que surgem a cada dia entre inúmeros outros fatores impactam diretamente na vida em sociedade, não ficando de fora as relações de trabalho. De acordo com Oliveira e Silveira (2007) o trabalho passou a ter uma significação estética, tendo como principal objetivo atender aos objetivos da sociedade de consumo.

Oliveira e Silveira (2007) consideram o trabalho como uma representação social, encontrando em sua pesquisa três categorias de representações do trabalho:

[...] **materiais** (relacionadas à ao retorno monetário e aos resultados objetivos do trabalho), **sociais** (onde destacam a relação de sua atividade para o todo da sociedade), e **subjetivo-pessoais** (que representam a vinculação que fazem do trabalho na esfera individual, sem estar vinculado diretamente com sua materialidade). (p. 9) (grifo original)

Oliveira *et al.* (2004) elucida que o trabalho também pode ser visto como uma busca por uma identificação dentro de uma categoria profissional, onde o indivíduo visa ser reconhecido na sociedade pela atividade que executa. Os autores também mencionam como sentido do trabalho o resultado do tempo de estudo, afirmando ser para alguns, uma conquista após anos de estudo, como se fosse mais uma etapa da formação do indivíduo, de seu desenvolvimento pessoal. Nesse contexto, na concepção dos autores tem-se o trabalho como uma forma de identificação e de formação social do indivíduo.

Ainda de acordo com Oliveira *et al.* (2004) tem-se que o trabalho somente faz sentido ao trabalhado quando ele é valorizado e reconhecido por sua família e pela sociedade, é por meio do trabalho que o indivíduo cria sua imagem pessoal, se ele é reconhecido e bem visto faz sentido, em caso negativo o trabalho passa a não fazer sentido.

Na opinião de Oliveira e Silveira (2007) as representações do trabalho no campo social estão relacionadas a possibilidade/necessidade de cada pessoa contribuir com o desenvolvimento social, de sentir-se útil nos seus afazeres perante a sociedade. Os autores dissertam: “Na sociedade moderna, foi atribuído ao trabalho o papel principal de possibilitar a construção do futuro, a fim de substituir o caos pela ordem, na medida em que se tornara um importante mecanismo de controle e organização social”(OLIVEIRA; SILVEIRA, 2007 p. 11).

De acordo com Oliveira *et al.* (2004), o reconhecimento do trabalho é tão importante que uma boa remuneração não é capaz de suprir essa necessidade de reconhecimento. Esse fator também pode ser encontrado no estudo de Morin (2001, p. 16), que diz: “O fato de fazer um trabalho que não comporta nenhum interesse

humano, em um meio ambiente onde as relações são superficiais, contribui para torná-lo absurdo”.

Coda e Fonseca (2004) destacam que a função do trabalho é cumprida a partir do momento que ele possui significação para o indivíduo, afirmando que isso acontece quando existe um sentimento de gratidão e prazer. Na opinião de Morin (2001, p. 17): “Um trabalho que tem sentido permite encontrar pessoas com quem os contatos podem ser francos, honestos, com que se pode ter prazer em trabalho, mesmo em projetos difíceis”. Nesse contexto, percebe-se que quanto mais o trabalho tem sentido para a sociedade mais o trabalho tem sentido para o próprio indivíduo, que sente a necessidade de realizar um trabalho que agregue valor tanto para ele próprio quanto para seus pares e demais no meio social.

Sob o ponto de vista social, a Medicina como profissão é vista como relevante, responsável pelo tratamento de doenças, cura, por salvar vidas, se configurando como um trabalho reconhecido pela sociedade, todavia, de acordo com Chiavegato Filho e Navarro (2010), na contramão desse reconhecimento, o médico se confronta com condições precárias de trabalho no sistema público de saúde e com frustrações quando o objetivo da restauração do paciente não é alcançada, tendo que conviver ainda com sobrecarga de trabalho. Como bem mencionam os autores citados, o trabalho só se torna interessante para o indivíduo quando é possível a ele se expressar, se inventar e se reinventar.

Sobre o sentido do trabalho por médicos, Medeiros et al. (2011, p. 29) verificaram em sua pesquisa que:

O sentido do trabalho para os médicos está relacionado à satisfação pessoal, profissional e à satisfação das pessoas que são atendidas pela equipe e por eles individualmente. Apresentam a independência e a responsabilidade como fatores de satisfação pessoal e sentido do trabalho.

Os autores verificaram em sua pesquisa que os sentidos do trabalho para os médicos estão relacionados à recompensa pelo trabalho que realizam, tanto moral quanto financeira, pela satisfação dos seus pacientes e sua própria satisfação com os resultados alcançados e a remuneração recebido para tanto, devendo esta atender suas necessidades. A pesquisa ainda demonstrou que a falta de sentido do trabalho para esses profissionais estão relacionadas à má remuneração e à sobrecarga de trabalho (MEDEIROS et al., 2011).

De acordo com a pesquisa realizada por Carneiro e Gouveia (2004) com apoio do Conselho Federal de Medicina, o Brasil contava com um número de 234.554 médicos em atuação no território nacional, o que significava dizer que havia 1 médico para cada 725 habitantes. A pesquisa demonstrou que a maior parte dos médicos em atividade possui menos de 45 anos de idade (63,4%), um público jovem, com predominância de homens (69,8%), onde cerca da metade atua como plantonista (48,9%). Sobre o trabalho dos médicos e o reconhecimento da sociedade, os autores verificaram que:

Diferentemente de diversas profissões que gozam de status social elevado (por exemplo, Arquitetura, Engenharia, Administração), a Medicina tem pago o ônus de ser eminentemente de atenção primária e vital à vida das pessoas. Neste âmbito, as atividades de plantão têm se constituído fonte de ingressos, mas também de sacrifícios. Conhecer a natureza destas atividades pode contribuir para pensar políticas públicas e estabelecer normas que procurem assegurar a qualidade de saúde e boas condições de trabalho do médico (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004 p. 84).

A Medicina, portanto, é vista como algo importante à sociedade, fundamental a ela, mas o status do médico é mais baixo, sendo, por vezes, esquecido que ele tem uma vida fora do consultório, do hospital, fazendo com que ele seja sobrecarregado no trabalho e, conseqüentemente, se desmotive em sua atuação. Vale destacar de acordo com Carneiro e Gouveia (2004, p. 123) que:

Levando-se em conta os princípios fundamentais do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 1996), podemos considerar como natural e intrínseco ao exercício da Medicina a valorização das relações interpessoais (relação médico-paciente e médicos-profissionais de saúde), bem como o convívio (preocupação com o coletivo, com a saúde da comunidade), em detrimento do princípio da hierarquia e da orientação ao êxito pessoal.

Nesse contexto, os sentidos do trabalho para os médicos estão relacionados ao significado de sua atuação para a sociedade, o relacionamento interpessoal com a equipe de saúde e com seus pacientes, considerando a recompensa em remuneração e o reconhecimento de suas ações.

1.2 PROBLEMAS OCUPACIONAIS E ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DE MEDICINA

A saúde ocupacional se insere ao movimento de tendência mundial que emerge no campo da saúde do trabalhador, passa a propor uma perspectiva interdisciplinar que abre espaço para a contribuição de outros campos disciplinares como o da psicologia e odontologia.

Doença ocupacional é a designação de várias doenças que causam alterações na saúde do trabalhador, provocadas por fatores relacionados com o ambiente de trabalho. Quando se discutem doenças ocupacionais, deve ter em mente que o problema básico da doença ocupacional geral é aquele que busca relacionar o ambiente de trabalho com a manifestação clínica de determinada doença (MENDES; DIAS, 2005).

No sentido legal, o termo doença ocupacional envolve dois significados: doença profissional e doença do trabalho (WISNER, 2002). O ambiente de trabalho, suas instalações, equipamentos e materiais associados ao tipo de atividade desenvolvida, no caso, o controle, tratamento e prevenção de doenças, expõem o

metais pesados; contato com radiação, com drogas farmacológicas, bem como, com agentes potencialmente alergênicos (SAQUY, 2002).

Segundo Mendes e Dias (2005), as doenças relacionadas ao trabalho são doenças comuns modificadas no aumento da frequência ou na precocidade de manifestação em decorrência do trabalho. Doenças comuns nas quais se somem ou se multiplicam condições provocadoras ou desencadeadoras em decorrência do trabalho. São também as doenças de agravos específicos tipificados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O estresse é responsabilizado por inúmeros acontecimentos cotidianos. Seu ônus é incalculável, tanto em termos humanos quanto econômicos. É fato que o termo estresse frequentemente é distorcido e apresenta-se de forma parcial.

Segundo Krista (1999), o termo “estresse” provém do inglês “stress” o qual recebeu a definição pelo médico Hans Selye, como sendo o “esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras à sua vida e a seu equilíbrio interno” caracterizado pelo aumento do compromisso assumido.

O estresse, portanto, acompanha o homem desde o início de sua existência, fazendo parte de sua sobrevivência, visto que os desafios e as controvérsias enquanto estímulos estressante sempre tiveram papel importante às respostas do corpo como um todo (KRISTA, 1999).

Situa-se a era industrial como indicador por designar mudanças significativas nas relações humanas, momento em que a mulher mergulhou, pela necessidade, nas fábricas e indústrias de todo o ramo para “ajudar” na renda familiar, mesmo tendo noção de seu desvalor monetário, lhe cabendo enfrentar a dupla jornada, não alternando assim suas obrigações domésticas.

Testadas em seu potencial, a sobrecarga aumentava a cada situação complexa pelos tabus que rondavam a sua existência. Eram muito mais cobradas, com mais energias sendo acumuladas, emoções se tornando fragilizadas

desencadeando um processo de exaustão, e, reforçada pela nova configuração familiar (KRISTA, 1999).

Destaca-se que o estresse surge quando o indivíduo tem que enfrentar situações difíceis, inesperadas que exigem adaptação imediata e a emoção causada por essas situações acarretam elevadas mudanças hormonais mediadas pelo sistema nervoso autônomo (KRISTA, 1999).

Corpo e mente tensos por muito tempo gera desgaste, desânimo e como resultado doenças, oscilando o fluxo sanguíneo, e as substâncias químicas de um modo geral, não havendo, contudo, sintonização em ação e emoção, como se percebe:

Precisamos usar a energia criada por essa reação ou aprender a 'desligar' a resposta usando um exercício ou uma técnica consciente de relaxamento. (...) Com essa mudança do estímulo pelo relaxamento, os órgãos do corpo podem se regenerar e funcionar normalmente novamente. (KRISTA, 1999, p. 22).

Sintonizando as palavras de Krista (1999) com estresse ocupacional entende-se que qualquer profissão está sujeita ao estresse, mas têm aquelas que o índice supera o desejável, ao pôr em prática suas funções como, por exemplo, médicos, enfermeiros, bombeiros por lidarem com sofrimento e dor permanentemente, assim como professores, policiais e executivos. Além da dor e sofrimento há presença de depressão, desânimo, neuroses, insatisfação, frustração, angústias e muitos outros adjetivos que afetam o estado psíquico-emocional-físico do homem.

Especificamente, nestas profissões, o fator medo faz parte de sua rotina, é seu companheiro constante mesmo sem a pretensão de demonstrá-lo. Existe nestas profissões o medo de fracassar, de passar por ridículo, de não ser amado, de envelhecer, de ser rejeitado, humilhado, criticado, o medo da própria morte, da própria dificuldade, gerando insegurança e, o medo pode até assumir o controle da

situação. Schmidt (2009, p. 331) faz a seguinte explanação sobre estresse no ambiente de trabalho:

O estresse contínuo relacionado ao trabalho também constitui um importante fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, tais como, síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a síndrome de Burnout.

Há de se entender ao ler a observação de Schmidt que avaliar a presença do estresse no ambiente de trabalho é complexo, haja vista a variedade de modelos de estresse e conceitos sobre o assunto.

Independente, portanto, da idade, da cor, do grau de escolaridade e do sexo, depende sim, de fatores como região, tamanho da cidade, morar em lugares considerados de risco, uso do transporte, da renda familiar, de ser vitimizado também. Ganha espaço a depressão, ora produzida pela necessidade do corpo reagir, protegendo-se quando armazena energia e produzindo um sentimento de urgência, hiperatividade, fobias, ansiedade.

Conforme argumenta Krista (1999, p. 26): “o estresse tem mais probabilidade de acontecer se você se pegar lutando, contra a vontade, em algum percalço da vida ou se não conseguir mudar e alterar seu estilo de vida para se adequar às suas necessidades”. Corresponde, assim, à ideia do corpo e a mente possuírem a capacidade de adaptação, pois quanto mais rápido conseguir fazer isso, maior é a tentação de exigir mais de si mesmo. O estresse distorce a percepção a ponto de não perceber o que está acontecendo.

O comprometimento e a participação do profissional com o trabalho, estando satisfeito consigo, com a autoestima equilibrada, com a sensação de felicidade, não dá espaço ao estresse, sendo recomendável manter, periodicamente, no ambiente de trabalho, momentos de reunião nas quais os funcionários possam

ter a oportunidade de expressar-se livremente a respeito daquilo que o aborrece, o atormenta, o magoa (SCHIMIDT, 2009).

A Síndrome de Burnout se trata de um estado de exaustão emocional em virtude de trabalhos em ambientes tensos. Atividades em contato direto com pessoas na área de saúde, educação e segurança são aquelas que deixam os profissionais mais propensos a ser afetados por esta síndrome. Gomes e Jesus (2012) explicam que a Síndrome de Burnout é originada do inglês que significa exaustão, sendo considerada uma patologia muito comum em profissionais que atuam em prestação de cuidados, seus sintomas são silenciosos com desenvolvimento lento, podendo sugerir de forma repentina.

Oliveira et al. (2006) diz que a referida síndrome se refere a uma experiência individual que interfere na relação do indivíduo com sua atividade profissional, atrapalhando o seu desempenho no ambiente de trabalho.

Moreira et al. (2009, p. 1560) conceitua Burnout como: “Um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional”.

Schimidt et al. (2013) relatam que quadros de despersonalização representa o componente do contexto interpessoal do Burnout, sendo desenvolvido em resposta à exaustão emocional. Enquanto a ausência de realização pessoal constitui o componente de autoavaliação do Burnout, sendo acentuada pela falta de recursos no trabalho, falta de apoio social e de oportunidade de desenvolvimento de trabalho.

No que diz respeito aos médicos, destaca-se que eles estão vulneráveis a diversos tipos e níveis de estresse, considerando que em seu ambiente profissional vivencia diferentes estímulos emocionais que variam do adoecer, do contato íntimo, da dor, da felicidade e emoção pela cura, assim como lidar com todos os tipos de pacientes, que por vezes não aceitam tratamentos, dificultando o seu trabalho, além de ter que enfrentar as famílias dos pacientes que exigem certeza e garantias,

diante das incertezas e limitações do conhecimento médico (NOGUEIRA-MARTINS, 1991; CANDEIAS; ABUJAMRA; LIM, 1988).

Sobre o assunto, Fogaça et al. (2010, p. 3) afirmam:

Profissionais da saúde parecem sofrer tensões específicas de estresse ocupacional. Há um preceito de que eles enfrentam altos níveis de estresse no trabalho, níveis esses que se elevam em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Profissionais que trabalham nesses setores podem apresentar a síndrome de Burnout, excessiva carga de trabalho, diminuição na satisfação do trabalho, além de alterações psicológicas. Assim, o estresse e o risco de problemas de saúde aparecem quando as exigências do trabalho não se ajustam às necessidades, expectativas ou capacidades do trabalhador.

Nascimento Sobrinho et al. (2006) em um estudo realizado em Salvador referente às condições de trabalho e de saúde dos médicos, apontam para um cenário desfavorável devido à sobrecarga de trabalho, especialmente em atividades de plantão; condições de trabalho precárias, regidas preferencialmente pela remuneração por procedimento, em especial no setor privado; baixa remuneração e elevada frequência de queixas físicas e psíquicas. Isso pode refletir na sociedade, através da baixa qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Esses resultados explicam o descontentamento dos médicos e da sociedade em geral com os serviços de saúde e com a atenção médica. Nogueira-Martins (2002) elucida que a atividade médica é tão desgastante que 10 a 15% dos médicos terão depressão ao longo de sua vida.

Outro estudo que merece destaque é o citado por Santos et al. (2011), realizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, no ano de 2005, no Centro Cirúrgico de um hospital, envolvendo 7 anestesistas e 11 cirurgiões, foram encontrados os seguintes resultados:

Os estressores referidos pela equipe foram classificados em: decorrentes da relação entre anestesistas, cirurgiões e enfermagem; da falta e/ou insuficiência de materiais e equipamentos; da insuficiência e/ou falta de pessoal, aliada aos aspectos administrativo-gerenciais e qualificação da equipe; da demanda de procedimentos cirúrgicos e estressores relacionados à condição do paciente no centro cirúrgico. Os sintomas físicos de estresse mencionados pelos profissionais foram: dores no corpo, nas costas, nas pernas, dor de cabeça, enxaqueca, taquicardia, bradicardia, dor gástrica, diarreia, gastrite, cansaço, tremores, hipertensão, dor muscular, dor cervical, sudorese e boca seca. Já os sintomas psicológicos foram: sensação de impotência, raiva, ódio, mau humor, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, instabilidade, vontade de xingar todo mundo, de desabafar, desconforto, medo da morte do paciente, excitação, falta de atenção, cansaço mental e angústia. (SANTOS et al., 2011 p. 187).

Muitos sintomas estão ligados ao estresse assim como a ansiedade, irritabilidade, fadiga, nervosismo entre outros, ainda é evidenciado a síndrome do esgotamento profissional, uma característica mais comum em profissionais que trabalham diretamente com cuidados de pessoas doentes (IVERSEN, RUSHFORTH, FORREST, 2009).

Nesse mesmo sentido Santos et al. (2011, p. 182) destacam:

Profissionais da área de saúde, incluindo médicos, têm diminuído a capacidade de produção, realizando atividades com menor precisão, aumentado o absenteísmo, adoecido com maior frequência, trabalhado tensos e cansados. E estão ansiosos e depressivos, com atenção dispersa, desmotivados e com baixa realização pessoal devido ao alto grau de estresse em suas atividades.

Diante do exposto, é possível dizer que os médicos vivem em condições de estresse e ansiedade que acabam desencadeando uma baixa produtividade, reduzindo a qualidade do serviço prestado, sendo escassas as discussões referentes à saúde desses profissionais. Dessa forma a prevenção das doenças que estão ligadas ao estresse está sendo centro de atenção de muitas pesquisas, tendo como premissa que para cuidar da saúde das pessoas, a sua também deve ser observada.

1.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E O TRABALHO EM EQUIPE EM UM HOSPITAL

Chiavenato (2014) apresenta alguns fatores que contribuem para assegurar o êxito da comunidade empresarial, seja de seus subgrupos, seja dela como um todo. Partindo da definição que um “grupo” ou “equipe” é toda reunião de dois ou mais indivíduos em torno de um objetivo comum, sendo o relacionamento positivo entre os membros fator primordial, fator que muitas vezes precisa de estímulo, pois nem sempre ocorre espontaneamente.

De acordo com Chiavenato (2008, p. 61) “equipes que realmente funcionam são raridade nas corporações brasileiras”. Boa parte dos problemas deriva da tradicional hierarquia aplicada às equipes, que se baseia em um líder único, que distribui as tarefas, toma decisões e cobra resultados.

As relações interpessoais no cotidiano acontecem com todos, durante toda a vida. Não dá para evitar, bem ou mal, as pessoas estabelecem relações entre si no dia a dia. É sabido que a comunicação é a troca de informações entre duas ou mais pessoas, sendo essencial para a sobrevivência das pessoas no meio social, o mesmo pode ser dito para as organizações. No decorrer dos tempos surgiu a necessidade de tornar os funcionários integrados com os acontecimentos da empresa, surgindo assim, a comunicação interna, esta que é considerada, atualmente, algo essencial às organizações (CHIAVENATO, 2014).

Pode-se dizer que é imprescindível para o desenvolvimento de uma organização que exista uma boa comunicação, que integre todos os colaboradores. Matos (2005) elucida que a falta de diálogo, de abertura à conversação, a troca de ideias e opiniões, são problemas que podem prejudicar o funcionamento das organizações, independente do setor ou região em que atua. Desta forma, a comunicação interna é o esforço de comunicação para possibilitar o relacionamento ágil e claro entre os diversos setores, independente de sua hierarquia.

É válido ressaltar, que o sucesso de uma organização inicia-se com a eficiência de sua comunicação interna, através das habilidades e dos meios que possuem para possibilitar essa comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, bem como entre si. E ainda que a comunicação interna consiste em estratégias e programas direcionadas para o público interno, tendo em vista aproximá-los da realidade da organização, no atual mercado de alta competitividade é imprescindível para que uma organização atinja seus objetivos.

A comunicação organizacional é um processo que estabelece a relação entre as pessoas e unidades de uma organização. O sistema organização se torna viável através do sistema de comunicação nele existente, permitindo a sobrevivência da empresa, daí a importância da comunicação para o desenvolvimento de uma organização (CHIAVENATO, 2014).

Acredita-se que uma comunicação de qualidade alude em valores que satisfazem as necessidades e interesses do maior número possível de parceiros, pois, dessa maneira, origina uma sinergia com o público, fortalecendo o desempenho global da empresa. Desta forma, pode-se afirmar que o desenvolvimento da empresa está alicerçado em uma comunicação clara, objetiva, dinâmica e eficiente, sendo essencial para o funcionamento e integração da equipe de trabalho, para assim, atingir metas e aumentar a produtividade. Por isso, no processo de comunicação das organizações permeia a identificação e o reconhecimento das divergências no modo de agir e pensar das pessoas.

A comunicação interna eficiente influencia, de forma considerável, em todos os aspectos da personalidade dos funcionários de uma empresa. Dessa forma, as comunicações instituem o elo entre o que pensam os administradores e o que seu grupo de trabalho assimila e pratica. Tornando-se essencial para a gestão de pessoas que a comunicação interna tenha como foco o colaborador/funcionário, oferecendo-lhe mecanismos de interpretação e compreensão da mensagem gerando com isto economia de esforço e tempo (CHIAVENATO, 2014).

Aprender é uma ação muito familiar a todo ser humano, seja quem for, onde for, como for, alguma coisa foi aprendida. Por precária, primária, ou evoluída

que seja a cultura em que a pessoa está inserida, ela estará aprendendo mais ou menos intensamente.

Para Kell e Shimizu (2010) referem que o trabalho em equipe entre os médicos é fundamental para que a atenção integral ao paciente seja promovida, devendo serem reconhecidos os limites da ação individual e isolada e a necessidade de trabalhar em equipe, articulando as ações com a comunicação intra e inter equipe, gestor e usuários. Sobre o trabalho em equipe, Navarro, Guimarães e Garanhani (2013, p. 25):

O trabalho em equipe, muitas vezes, possui uma conceituação mais técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. No entanto, trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente. Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades.

Desse modo, o trabalho em equipe nos hospitais se faz fundamental para que se obtenha um atendimento com qualidade e eficiência. Importante entender que o médico possui um amplo leque de relações em um hospital, se relacionando tanto com outros médicos, quanto com outros profissionais de saúde, pacientes e familiares. Lembrando que os hospitais funcionam como organizações, tendo os médicos que responder a superiores. Stuart (2004) elucida que as relações interpessoais dos médicos se fazem importante para que seu desempenho seja satisfatório, devendo entender que o paciente é o núcleo central de sua prática.

As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS. Por mais que o Sistema esteja ancorado em leis com status de políticas de Estado, a

sua concretização também depende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários (LIMA et al., 2014 p. 153).

Por mais que um hospital seja repleto de profissionais de saúde, o médico é visto pelo paciente como o seu meio direto para saber sobre suas condições de saúde, assim, esse profissional se torna centralizado na comunicação nesse ambiente, devendo-se considerar, ainda, que ele sempre ficará responsável por um paciente, sendo seu papel informar ao restante da equipe sobre a situação de saúde e as necessidades, promovendo a comunicação interna em todas as direções. Sobre a atuação interdisciplinar no ambiente de saúde, Mesquita (2012, p. 58) assim disserta com base em Peduzzi (2001):

Pode-se dizer que a comunicação entre os profissionais na área de saúde é determinante no trabalho em equipe, todavia, com base em Peduzzi (2001), que essa comunicação pode se expressar de três formas diferentes: a comunicação aparece externa ao trabalho, ou seja, a comunicação não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica observando-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica, nessa situação não há agir-comunicativo; comunicação estritamente de caráter pessoal, nesse caso, a dimensão de sujeito parece ser plena, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorrendo aqui redução da interação, diminuindo a noção de trabalho em equipe na mesma direção, aquela relacionadas às boas relações interpessoais, independente, da reiteração das relações hierárquicas de subordinação, não há também agir-comunicativo, embora exista forma de comunicação; por fim a comunicação concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões. Diferenciando-se aqui o agir-instrumental e o agir-comunicativo tem-se que o primeiro visa uma informação como prioridade e o segundo, visa o entendimento e reconhecimento mútuos.

Nesse contexto, se compreende a importância das relações interpessoais por parte do médico como centro do atendimento hospitalar, fundamental na promoção da comunicação interna e no atendimento satisfatório aos pacientes.

1.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente nos dias de hoje tem sido motivo de preocupação para todos os serviços de saúde. Trata-se de um tema de grande relevância no meio acadêmico, recebendo diversas definições. De acordo com o IOM (1999), a segurança do paciente refere-se ao processo de livrar o paciente de lesões acidentais, delimitado pelos sistemas e processos operacionais com a finalidade de reduzir, ao máximo, a probabilidade de erros, aumentando, em contrapartida, a detecção e interceptação de possíveis falhas que levam ao erro. Assim, conforme a própria nomenclatura já sugere, é possível dizer que a segurança do paciente refere-se à sua proteção, visando a prevenção de danos na assistência à sua saúde.

De acordo o Ministério da Saúde do Brasil (2014) a segurança do paciente é um dos requisitos básicos para que a qualidade no atendimento seja alcançada. No Quadro 1 é possível verificar os atributos relacionados à qualidade no atendimento de acordo com o Ministério da Saúde brasileiro:

Quadro 1. Atributos da qualidade no atendimento em saúde

Atributos	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado Centrado no Paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Brasil (2014).

Pode-se dizer que a segurança do paciente consiste em um conjunto de procedimentos tomados para evitar que danos sejam causados ao indivíduo durante a assistência dos profissionais de saúde; sendo este um assunto que tem tomado largas proporções ao redor do mundo, já que erros têm sido registrados constantemente, expondo as pessoas a diversos riscos, principalmente quando se trata de ambientes hospitalares. Os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP encontram-se definidos no artigo 3º da Portaria MS/GM nº 529/2013:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde.

Deve-se destacar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP fundamenta-se em quatro eixos que se baseiam no estímulo a uma prática assistencial segura; no envolvimento do cidadão com sua segurança; na inclusão do tema no ensino e no incremento de pesquisas. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, os resultados positivos do PNSP dependem essencialmente de algumas premissas, tais como:

Comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; governança plural, ampla com participação dos atores com acúmulos, aportes e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado; coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, apoiada por uma estrutura, cujos recursos sejam compatíveis com a dimensão e a complexidade da implementação de um programa dessa envergadura e a ação de comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público (ANVISA, 2013 p. 14).

Portanto, o PNSP foi instituído pelo Ministério da Saúde com a ideia voltada para a qualidade e segurança do paciente, sendo necessário, no entanto, que haja a integração de todos os processos organizacionais de cuidados à saúde focados na transparência, responsabilidade e na capacidade de reação às ocorrências de eventos adversos à saúde.

É importante que as diretrizes passadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente sejam consideradas pelos hospitais, mesmo que também se utilize de suas próprias estratégias, pois assim torna possível que um padrão mínimo seja seguido, atuando juntamente às entidades do Governo, na busca por esse controle.

Preocupados com a questão da segurança do paciente, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP em parceria com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, lançou no ano de 2010 a cartilha: 10 Passos Para a Segurança do Paciente, com o objetivo de promover uma grande campanha em relação ao assunto, implementando, em diversos ambientes, os cuidados necessários.

Os 10 Passos constantes na cartilha são: a identificação do paciente; o cuidado com higienização das mãos; cateteres e sondas; cirurgia segura; sangue e hemocomponentes; paciente envolvido com sua própria segurança; comunicação efetiva; prevenção de queda; prevenção de úlcera por pressão e segurança na utilização de tecnologia. Esses 10 passos são descritos como fundamentais e básicos, para que falhas na assistência à saúde sejam evitadas (AVELAR et al., 2010).

Destaca-se que a segurança do paciente tem sido uma preocupação global, tanto que a Organização Mundial de Saúde - OMS lançou em 2004, a *The World Alliance for Patient Safety*, em português, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a finalidade de prevenir danos aos pacientes, conscientizar e conquistar o compromisso político, realizando campanhas com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes em todo o mundo (SANTANA, COSTA, GOMES, 2011).

De acordo com o órgão citado, os movimentos realizados globalmente relativos à problemática dos erros e eventos adversos, resultam, conforme as investigações científicas, na adoção de medidas preventivas e corretivas, permitindo que as falhas sistêmicas sejam analisadas para, assim, elaborar estratégias que garantam a melhor prática e maior segurança ao paciente. O Quadro 2 apresenta conceitos-chave relacionados à segurança do paciente:

Quadro 2. Conceitos-chave em segurança do paciente

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função de corpo e/ ou qualquer efeito dele oriundo , incluindo-se doenças, lesão, sofrimento , morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão .
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano o paciente.

Fonte: Brasil (2014).

Vale destacar que a OMS priorizou duas ações para reduzir os riscos que foi a campanha de higienização das mãos com vistas a reduzir o número de infecções hospitalares e uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico com o intuito de proporcionar maior segurança nessa atividade. Além disso:

Outras soluções têm sido estimuladas pela OMS, tais como: evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado – administrar medicamento, colher amostra para exame, infundir bolsa de sangue e etc.; garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; retirar as soluções

eletrolíticas concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); evitar a má conexão de tubos, catéteres e seringas; e usar seringas descartáveis (BRASIL, 2014 p. 8).

Nessa linha, no ambiente hospitalar, os erros tornam-se ainda mais sérios e corriqueiros. Quando se menciona os erros de medicação, os índices se elevam consideravelmente, assim, acredita-se que ações realizadas, desde a prescrição médica, passando pela farmácia hospitalar até a administração do medicamento no paciente, devem ser pautadas em estratégias de segurança do paciente, visto ser o profissional de saúde responsável por manter o ambiente seguro.

Entende-se, então, que é fundamental no ambiente hospitalar, o paciente estar seguro; é imprescindível que o tratamento submetido seja pautado nos cuidados necessários para que não seja exposto a riscos, visando a restauração da saúde, sem agravos ou complicações.

Para o *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations – ACSNI* (1993, p. 41), a cultura de segurança de uma organização é o “produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura”. Portanto, a segurança do paciente em um ambiente hospitalar, baseia-se na confiança mútua que envolve compartilhamento das percepções e eficácia dos procedimentos preventivos.

Dessa forma, é necessário que estratégias sejam realizadas no intuito de garantir a segurança do paciente, promovendo a confiança na relação entre profissional de saúde e paciente, bem como familiares, adotando comportamentos preventivos às falhas e erros. Para Yates et al. (2004, p. 10), a segurança do paciente internado depende da adoção das seguintes estratégias:

Adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho; desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo); e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos.

Desse modo, verifica-se que as estratégias estão pautadas na execução das atividades pelos profissionais de saúde, com procedimentos que facilitam o seu trabalho. Acredita-se que a análise das estratégias utilizadas para a segurança do paciente, em confronto com os erros ocorridos no ambiente hospitalar, pode se mostrar como um importante indicador para a elaboração de novas estratégias para reduzir ainda mais os riscos aos pacientes.

Hudson (2003), com vistas na segurança do paciente, elaborou um modelo de Maturidade Cultural de Segurança de uma organização baseado em cinco fases, que são: patologia, reativa, calculada, proativa e participativa.

A fase patológica trata de um problema causado pelo profissional e gestores da saúde, que se apegam em livrar-se dos agentes reguladores. Já a fase reativa, refere-se ao fato dos profissionais se conscientizarem de que a segurança do paciente tem que ser vista com seriedade, porém, a maior preocupação é em reverter a situação, ou seja, só agir quando o problema já tem acontecido. Quanto à fase calculada, esta se refere ao gerenciamento da segurança com o objetivo de provocar melhorias no sistema. Enquanto a proativa, conforme a própria palavra já revela, significa tomar iniciativas para que os incidentes não aconteçam, ou seja, cuidar da segurança do paciente com a efetiva participação de todos os profissionais envolvidos (HUDSON, 2003). Depreende-se que o profissional de saúde precisa reconhecer o problema, analisar como pode modificar a situação e passar a gerenciá-la para evitar incidentes.

Nesse sentido, Reiling (2005) afirma que se um hospital tem uma cultura de segurança do paciente, a tendência é que os resultados positivos apareçam e, assim, sejam beneficiados os pacientes e os profissionais da organização. Ter uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente é de suma importância para que se reduza os índices de falhas e erros no ambiente hospitalar. Referindo-

se à segurança do paciente no ambiente hospitalar, Sorra e Nieva (2003, p. 23) afirmam:

A segurança do paciente trata-se de um componente crítico da qualidade do cuidado em saúde que precisa ser um processo contínuo de aprimoramento, e reconhecimento de valores, crenças e normas. Também é fundamental o conhecimento sobre o que é importante para a organização e quais atitudes e comportamentos, relacionados à segurança do paciente, são esperados e apropriados.

Diante do exposto, a segurança do paciente deve fazer parte da cultura organizacional dos hospitais, fazendo com que seja incorporada no ambiente, passando a ser um hábito de trabalho. Em 2004, a *Agency for Healthcare Research and Quality's – AHRQ* elaborou um questionário junto às organizações hospitalares com a finalidade de identificar o grau de importância atribuída pelos hospitais avaliados no que se refere à segurança do paciente e, ao mesmo tempo, averiguar a abertura para implantação de sistemas que evitem incidentes. Os resultados das pesquisas foram satisfatórios, pois os pacientes entrevistados afirmaram sentir-se seguros quanto aos procedimentos médicos. Já os profissionais afirmaram estar passivos de erros e, quando estes acontecem, todos são reportados à direção para que sejam tomadas as devidas providências de correção e prevenção (SORRA; NIEVA, 2003).

Nesse contexto, verifica-se a credibilidade dos profissionais de saúde perante os pacientes e, por outro lado, o reconhecimento dos profissionais de saúde sobre a possibilidade do cometimento de erros. Acredita-se que existe uma maior necessidade de enraizar, nestes profissionais, a prática de estratégias voltadas para a segurança do paciente como forma de prevenção e não apenas de correção. Nota-se, a partir das pesquisas realizadas para este estudo, que a maioria dos erros ocorrem em decorrência de falhas humanas, assim, fica clara a importância de trabalhar-se estratégias para reduzir essa problemática. Sobre o assunto, Zhao e Oliveira (2006, p. 1015) afirmam:

A maioria dos incidentes que ocorrem nos hospitais são relacionados a erros humanos e que apesar das consequências negativas, os erros podem trazer benefícios para a organização quando são identificados, pois os erros deveriam estimular o aprendizado por meio de identificação das causas e implantação de mudanças para redução ou prevenção de futuros erros.

Diante das pesquisas elaboradas para este estudo, além dos noticiários que envolvem erros médicos, percebe-se que a medicina ainda é questionada no que se refere à segurança do paciente, devido aos erros médicos que prejudicam a saúde, causam problemas irreversíveis e até a morte de pacientes. Assim, a prática da segurança do paciente, nesse ambiente, assume grande importância, sendo fundamental utilizar os erros para construir indicadores para a criação de novas estratégias.

1.5 CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL NO AMBIENTE DE SAÚDE

As organizações, na maioria das vezes, estão inseridas em um mesmo contexto social, econômico e cultural, contudo, possuem características peculiares que dependem de fatores como a gestão e o tipo de liderança predominante, o comprometimento de seus funcionários, entre outros, que constituem uma cultura organizacional distinta para cada organização. De acordo com Nassar (2000, p. 35), cultura organizacional:

É o conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantém unidos os mais diferentes membros, de todos os escalões hierárquicos, perante as dificuldades, operações do cotidiano, metas e objetivos. Pode-se afirmar ainda que é a cultura organizacional que produz junto aos mais diferentes públicos, diante da sociedade e mercados o conjunto de percepções, ícones, índices e símbolos que chamamos de imagem corporativa.

É válido salientar, que a cultura organizacional, pode sofrer modificações ao longo do tempo, pois esta vive em constantes modificações que ocorrem de acordo com sua história, seus atores e sua conjuntura (VERGASTA, 2001).

O primeiro estudioso acerca da cultura organizacional foi Edgar Schein, e foi a partir de sua definição, que outros estudiosos desenvolveram seus conceitos e teorias, Schein (1982, p. 9) definiu cultura organizacional como:

Um padrão de suposições básicas – inventadas, descobertas ou desenvolvidas para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna – que funcionam com eficácia suficiente para serem consideradas válidas e, em seguida, ensinadas aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir esses problemas.

A partir do conceito de Schein, Fleury (1996, p. 26), afirma que a cultura organizacional:

É concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Vale ressaltar, que o assunto foi amplamente estudado na década de 1980, continuando em pauta na década de 1990, relacionada à globalização de mercado e à mudança nas organizações (FLEURY, 1996).

Chiavenato (1996), afirma que cultura organizacional incide nos comportamentos adquiridos e transmitidos no decorrer do tempo, constituindo uma característica peculiar de cada empresa. Em meio aos conceitos de diferentes autores, pode-se perceber que todos apresentam como característica principal a

particularidade de cada organização, que trazem em sua cultura aspectos como valores, regras, histórias, processo de comunicação, e ainda na interação dos seus colaboradores.

Conforme Wagner III (2000) existem quatro funções relevantes da cultura organizacional: oferecer uma identidade organizacional aos colaboradores; facilitar o compromisso coletivo; promover a estabilidade organizacional; e moldar o comportamento dos colaboradores, por dar sentido aos seus ambientes. Desta forma, pode-se afirmar que é a cultura organizacional que define grande parte dos comportamentos internos, sendo essencial para todas as organizações. Segundo Bennett (1994), alinhar todos os aspectos da organização às novas estratégias da empresa é de grande importância para sua sobrevivência, pois a efetividade organizacional, tipicamente, solicita algum nível de aderência entre cultura organizacional e estratégia.

Para Mintzberg (1995) a cultura organizacional não existiria sem as pessoas, para o autor as organizações se dividem em cinco partes: o núcleo operacional, a cúpula estratégica, linha intermediária, tecnoestrutura e assessoria de apoio. Diante do exposto, pode-se dizer que, a cultura organizacional é socialmente construída, e envolve diversas características formadoras das diversas culturas organizacionais, consiste nos comportamentos, rotinas e atitudes que são adquiridas com o decorrer dos anos.

O clima organizacional é um fenômeno que resulta da interação de fatores como a cultura, preceitos, caráter e tecnologia, e ainda valores, políticas, tradições, estilos gerenciais, comportamentos, expressões dos funcionários e também dos conhecimentos e processos operacionais da empresa (SOUZA, 1978). A palavra clima se origina do grego – *Klima*, e significa tendência, inclinação. De acordo com Bergamini e Coda (1997, p. 99):

Clima Organizacional reflete, então, uma tendência ou inclinação a respeito de até que ponto as necessidades da organização e das pessoas que dela fazem parte estariam efetivamente sendo atendidas, sendo este aspecto um dos indicadores da eficácia organizacional. A Pesquisa de Clima

Organizacional é o instrumento pelo qual é possível atender mais de perto as necessidades da organização e do quadro de funcionários à sua disposição, na medida em que caracteriza tendência de satisfação ou de insatisfação, tomando por base a consulta generalizada aos diferentes colaboradores da empresa. Caso surjam necessidades críticas em termos de atendimento, um Programa de Ação pode ser delineado para dar início à medida que, neste caso, apresentaria um cunho fortemente estratégico por tentar considerar as variáveis comportamentais relevantes à situação.

Pode-se dizer que, o comportamento dos funcionários, sua motivação, satisfação, e produtividade sofrem influências do clima organizacional, de acordo com Luz (2001, p. 62):

O clima retrata o grau de satisfação material e emocional das pessoas no trabalho. Observa-se que este clima influencia profundamente a produtividade do indivíduo e, conseqüentemente da empresa. Assim sendo, o mesmo deve ser favorável e proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, além de uma boa relação entre os funcionários e a empresa.

O clima organizacional também é influenciado pelos funcionários, os processos de trabalhos, as modalidades de comunicação, bem como o modelo de gestão. Um clima organizacional harmonioso traz satisfação às pessoas, fazendo com que suas perspectivas profissionais sejam alcançadas. Em relação ao clima organizacional favorável, Chiavenato (1994) afirma que ocorre quando este proporciona satisfação das necessidades pessoais dos colaboradores, e desfavorável quando essas necessidades são frustradas. Vale fazer uma distinção entre motivação e satisfação, que de acordo com Bergamini e Coda (1997, p. 98):

[...] é preciso separar satisfação e motivação no trabalho. Motivação é uma energia direta ou intrínseca, ligada ao significado e à natureza do próprio trabalho realizado. Satisfação é uma energia indireta ou extrínseca, ligada a aspectos como salário, benefícios, reconhecimento, chefia, colegas e várias outras condições que precisam estar atendidas – e isso fundamentalmente a partir da ótica do empregado – no ambiente de trabalho. São esses aspectos extrínsecos os elementos básicos formadores daquilo que é chamado de Clima Organizacional e que nada mais é do que o indicador do

nível de satisfação (ou insatisfação) experimentado pelos empregados no trabalho.

Assim, pode-se afirmar que clima organizacional é a imagem das condutas e relações estabelecidas entre os colaboradores da organização, ressalta-se que da mesma forma que é influenciado por estes fatores, também os influencia.

Souza (1978) salienta que um clima organizacional desumano, onde é dada excessiva atenção à tecnologia, possui um clima tenso e forte pressão à execução de normas, causa desmotivação, insegurança e descontentamento no funcionário. Nesse contexto pode-se dizer que o clima organizacional e a cultura organizacional relacionam-se diretamente, como reflexos. Para Ricardo Luz (1995) o clima organizacional resulta da cultura da organização, tanto de seus aspectos positivos quanto negativos.

Contudo, diferente da cultura organizacional, o clima organizacional, possui mais facilidade de transição, podendo ser administrado tanto a curto quanto à longo prazo. O estudo do clima organizacional pode identificar os fatores que precisam ser melhorados, com o intuito de satisfazer e proporcionar bem-estar aos integrantes da empresa. Através da avaliação do clima organizacional, podem-se corrigir problemas que causem insatisfação nos funcionários e prejudicando consequentemente a produtividade dos mesmos. Em relação à importância da avaliação do clima organizacional, Bergamini e Coda elucidam que:

A Pesquisa de Clima Organizacional é um levantamento de opiniões que caracterizam uma representação da realidade organizacional consciente, uma vez que retrata o que as pessoas acreditam estar acontecendo em determinado momento na organização enfocada. O papel de pesquisas dessa natureza é tornar claras as percepções dos funcionários sobre temas e itens que, caso apresentem distorções indesejáveis, afetam negativamente o nível de satisfação dos funcionários na situação de trabalho. Assim, a essência dos subsídios da pesquisa de clima organizacional é o mapeamento das percepções sobre o ambiente interno da organização, como um ponto de partida igualmente válido para a mudança e o desenvolvimento organizacional. Configura, portanto, um diagnóstico sobre a situação atual da empresa, por base as opiniões de seus integrantes, quase um caráter clínico, ou seja, visando levantar disfunções ou problemas que mereçam correção. (1997, p. 99).

Dessa forma, clima organizacional é um conjunto de causas que interferem no ambiente de trabalho, podendo variar conforme os níveis culturais, de comunicação, econômicos e psicológicos dos indivíduos. No ambiente de saúde o clima e a cultura organizacional refletem na qualidade do atendimento prestado aos pacientes, visto que não é apenas o trabalho de uma pessoa que reflete no resultado, mas sim a ação conjunta, como bem destaca Senhoras (2007, p. 46):

A caracterização funcional de uma organização hospitalar faz com que ela seja considerada um sistema social aberto, onde estão atuando outros subsistemas técnicos representados pelas especializações dos conhecimentos e habilidades de profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas entre outros. Em consequência, nenhuma pessoa ou grupo é responsável completamente pelo sucesso ou pela qualidade da experiência completa do paciente, uma vez que os profissionais são responsáveis por parte do processo, não havendo uma prestação de contas de todo o ciclo.

Dessa forma, se tem a cultura e o clima organizacional em um hospital como necessário para a qualidade no atendimento aos pacientes, devendo ser harmônico, com as pessoas motivadas e satisfeitas na execução de suas atividades, devendo lembrar que se lida com a saúde e a vida de pessoas.

1.6 FATORES ASSOCIADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS

A cultura de segurança do paciente está prevista e definida no artigo 4º, V, da Portaria MS/GM nº 529/2013, que a descreve como a configuração de cinco características:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

Assim, a cultura de segurança do paciente envolve desde o corpo de profissionais até a infraestrutura dos hospitais, primando pelo gerenciamento de riscos e pela aprendizagem organizacional a partir dos erros. Vale destacar que as falhas humanas são colocadas como um dos principais problemas na segurança hospitalar. A falta de atenção, ou mesmo de capacitação de profissionais de saúde, faz com que inúmeras falhas ocorram.

Para Helmreich (2000, p. 330) a questão que envolve as falhas humanas está muito atrasada no que se refere aos estudos, segurança e a consciência do saber e do fazer. Nesse sentido, os profissionais de saúde, que cuidam da vida das pessoas, buscam constantemente meios para que as falhas sejam evitadas nos hospitais. E, se caso acontecerem, esses profissionais se vêem na condição de como lidar com situações adversas.

Segundo Reason (1990, p. 275) os desvios humanos podem ser abordados de forma pessoal ou sistêmica, os quais são divergentes, porém, fundamentais para o estudo das causas e consequências dos erros humanos. Na abordagem pessoal, as organizações hospitalares adotam medidas disciplinares que são analisadas como medidas preventivas que geralmente, dependendo da gravidade do erro, vão desde uma advertência oral até à demissão por justa causa. A tendência negativa desse fato é que o profissional, conhecendo tais punições, além de outros sentimentos como frustração ou vergonha, esconde suas falhas e, com isso, a organização fica impossibilitada de avaliá-las, corrigi-las e evitá-las.

Reason (1990) afirma que a abordagem sistêmica considera que o ser humano é passivo de desvios e, mesmo ocorrendo de forma individual, não exige a

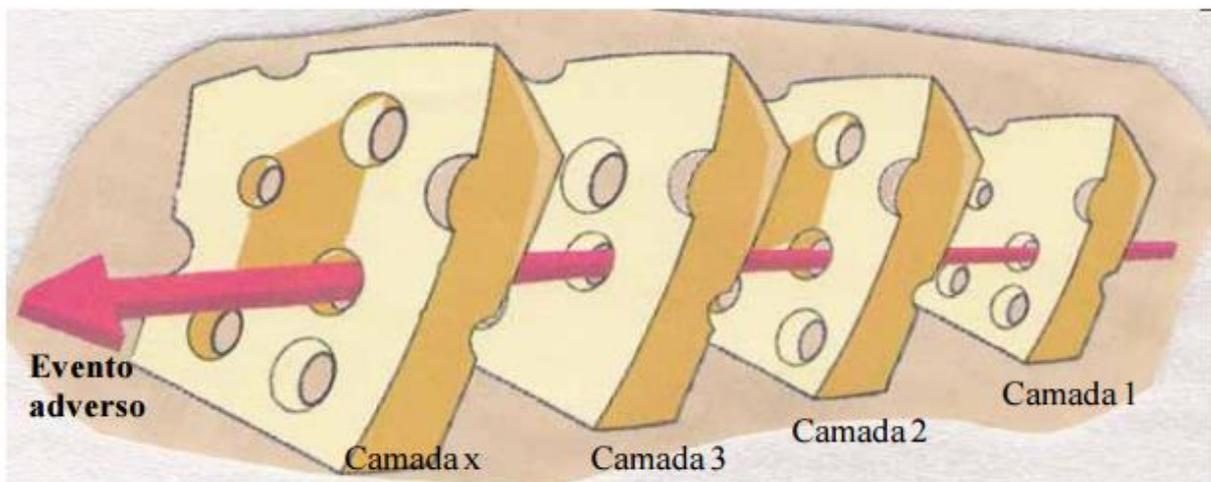
responsabilidade organizacional. Acredita-se que a falha humana é sempre passível de ocorrer, apesar de o sistema de organização hospitalar ter a finalidade de trabalhar com erros zero, convive diariamente com a possibilidade de que estes ocorram, apesar da adoção de medidas de segurança. Assim, erradicar as falhas humanas talvez não seja possível, todavia, reduzi-las é fator fundamental.

Nesta abordagem, considera-se que as falhas ocorrem devido a deficiências do sistema e não de forma individual, pois, se um indivíduo errou, é porque antes disso o sistema não cumpriu sua função de segurança quando não deu a devida importância às condições do ser humano como recurso. Nesse sentido, entende-se que, diante da ocorrência de um erro, a organização, antes de punir, deve buscar conhecer e estudar os detalhes das causas para que sejam analisadas e corrigidas, evitando reincidências. Otero (2004) defende a ideia de que é preciso que exista nas organizações hospitalares um compromisso de que todos estejam envolvidos com o controle da segurança, onde as falhas sejam notificadas sem que haja a intenção prévia de punição. Porém, o autor adverte que as ações que levam ao erro por negligência, caracterizando um ato intencional, não devem ser tolerado.

Assim, é possível destacar que se fazem necessários treinamentos constantes com o intuito de orientar os profissionais de saúde acerca desta questão, não só apresentando meios de evitar falhas, mas também os conscientizando da importância de relatar o erro, considerando que poderá intervir junto ao paciente, evitando maior problemática, bem como utilizar seu erro como indicador para a elaboração de novas estratégias.

Para o Ministério da Saúde (2014) não há como considerar a criação de uma cultura de segurança do paciente sem considerar as falhas humanas, errar humano, esse ambiente de segurança visa evitar que o erro chegue a paciente, buscando seu aprendizado a partir do erro cometido. O Ministério da Saúde brasileiro adota a visão de erro humano pela perspectiva de James Reason, que defende a necessidade de barreiras para que o erro não chegue ao paciente, exemplificando com um queijo suíço dividido em camadas em que os buracos se comunicam, conforme demonstra a Figura 1:

Figura 1. Modelo queijo suíço de James Reason



Fonte: Brasil (2014)

Assim, de acordo com o modelo, um erro acontece na primeira camada irá prosseguir para as demais até encontrar uma barreira, caso não a encontre irá chegar ao paciente. Na cultura de segurança do paciente se tem a criação de barreiras para evitar que o erro chegue ao paciente, sendo utilizados *check lists*, protocolos de higiene, registros de erros e atualização de treinamentos de profissionais. O modelo é baseado na concepção de que os profissionais não são ruins e sim o sistema de trabalho que foi mal desenhado para que os erros fossem evitados.

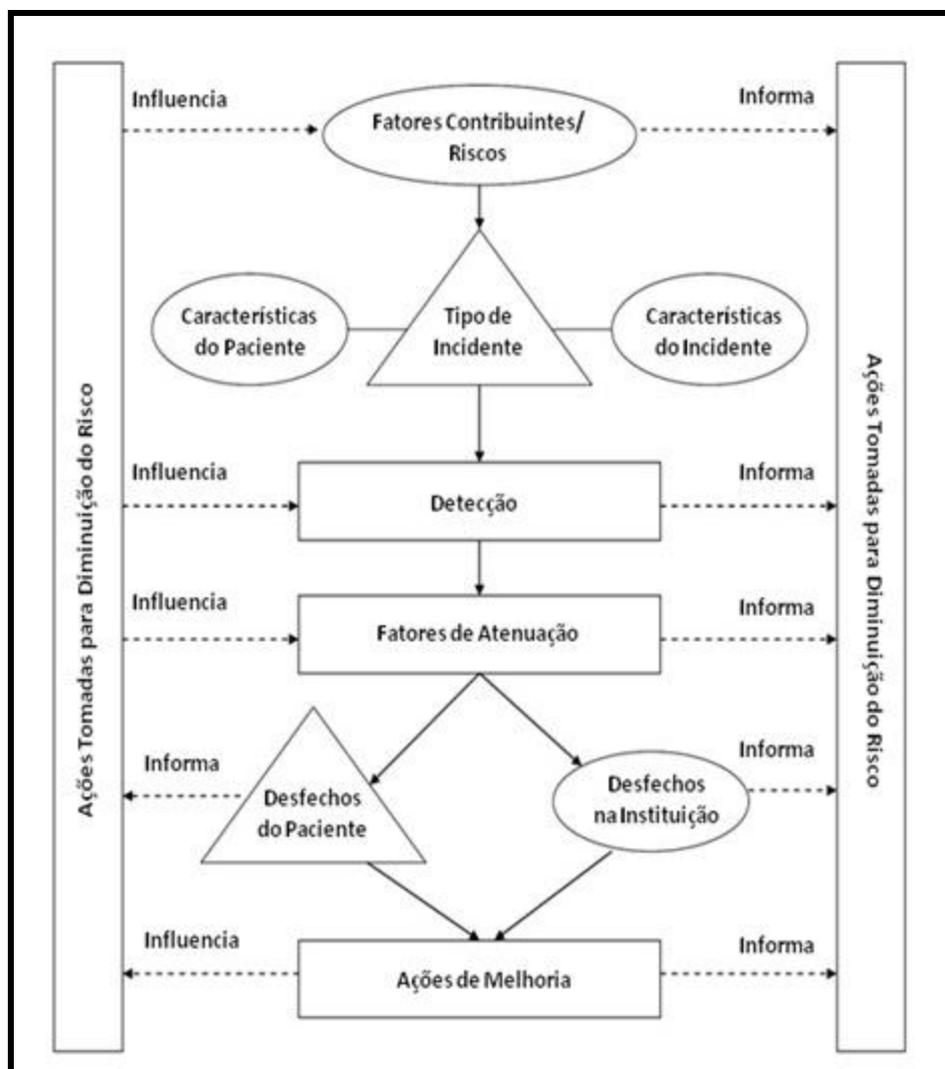
Entende-se, portanto, que a cultura de segurança do paciente passa pela organização do sistema de trabalho e pelo seu planejamento e execução, considerando que o desempenho humano é fator chave para o sucesso na qualidade do serviço prestado, reconhecendo a existência de riscos e gerenciando-os:

O sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde moderna, que utiliza processos complexos e tecnologias potentes, cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano. Os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, que

passa por uma comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança (GAMA; SATURNO, 2013 p.37).

Na Figura 2 se apresenta um esquema conceitual de cultura de segurança do paciente com base na classificação internacional da OMS:

Figura 2. Esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS



Fonte: Brasil (2014)

Assim, em um hospital com cultura de segurança do paciente se tem a busca para evitar que os erros cheguem aos pacientes, utilizando os erros identificados para a aprendizagem organizacional, evitando que estes venham a ocorrer novamente.

1.7 ERROS MÉDICOS

A história do erro médico data dos tempos do Código de Hamurabi, quando expôs as penas que o profissional poderia sofrer caso houvesse erro em seu exercício. Melo (2008, p. 4) aponta que:

[...] o primeiro documento histórico que tratou especificadamente do erro médico e, portanto, da responsabilização do profissional foi o Código de Hamurabi. Esse código impunha ao cirurgião a máxima atenção e perícia no exercício da profissão, caso contrário, poderia o profissional sofrer severas penas que podiam significar, inclusive, a amputação de sua mão. Tais penas eram aplicadas nos casos de morte ou lesões graves aos pacientes homens livres, pois se referisse a escravo ou animal a previsão de pena era apenas ressarcimento do dano.

A ideia presente no Código de Hamurabi, no Código de Manu e posteriormente na Lei das XII Tábuas, era de punição. Aqueles povos edificaram tais normas, impregnadas de fortes componentes penal, com a finalidade de constranger e inibir a prática dos atos ditos ilícitos. Verifica-se com as palavras do autor, a rigorosidade das penas do referido Código. Menciona ainda Melo (2008, p. 4) sobre os primeiros registros de responsabilidade dos médicos:

Os primeiros registros da responsabilidade dos médicos nos moldes que conhecemos atualmente pode ser encontrado no Direito Romano, especialmente no texto de Ulpiano, de onde se extrai: "*sicut medico imputare*

eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam computare ei debet
(assim como não se deve imputar a médico evento da morte, deve-se imputar a ele o que cometeu por imperícia).

Ainda há de se ressaltar que na ocorrência de um erro médico há vários mecanismos que o protegem no exercício da profissão não sendo fácil, portanto, a comprovação de falhas médicas legalmente. Prossegue Melo (2008, p. 174): “Também não está o magistrado obrigado a adotar como fundamento de sua sentença o laudo pericial do perito oficial, podendo firmar sua convicção a partir do laudo, mesmo que divergente, dos assistentes técnicos que assistiram as partes”.

Nesse contexto, é importante destacar que cabe ao médico atender os pacientes de forma adequada se valendo de todos os meios e técnicas existentes para que o paciente não venha sofrer reações adversas e acabe culpando o médico pelos danos causados. Ao se tornar profissional de medicina o indivíduo assume com sua profissão e com a sociedade o dever legal e ético de cuidar, conforme disposto nos princípios fundamentais do Código de Ética Médica (2009):

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza. II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. [...]

Assim, o profissional de medicina deve agir em prol da vida humana, resguardando-a. Nesse ponto se faz importante mencionar que a vida é um bem jurídico, um direito fundamental de todo e qualquer cidadão. O direito à vida é um direito fundamental do homem, visto que é dele que emanam todos os outros direitos. É ainda direito natural essencial à condição de ser humano. Diante disso, a Constituição Federal afirma que o direito à vida é inviolável. Conforme o artigo 5º da Constituição Federal do Brasil, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de

qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida [...]”.

Entretanto, sabe-se que todos os direitos são invioláveis, pois não existe direito passível de violação. Mas, a Constituição Federal do Brasil (1998) fez questão de frisar a inviolabilidade do direito à vida exatamente por se tratar de direito fundamental. É essencial que se tenha em mente que a Constituição Federal é a Lei Maior do país, e todas as demais leis devem se reportar a ela.

Ressalta-se que não apenas a Constituição Federal do Brasil consagra a inviolabilidade do direito à vida, mas também acordos internacionais sobre Direitos Humanos assinados pelo país, que estabelecem ser a vida inviolável.

Vale ressaltar que para que não se cometa erro habitual, esses direitos e garantias são direcionados a todas as pessoas, até mesmo os suspeitos de crimes ou criminosos. A integridade física é um bem vital e expõe um direito fundamental do ser humano, cuja violação, em qualquer circunstância, é criminosa. Pondera-se que o direito à vida alude em uma vida digna e não vegetativa. Em linhas gerais, pode-se afirmar que a segurança incide na proteção atribuída pela sociedade a cada um de seus membros para conservação de sua pessoa e de seus direitos.

Souza (2006) elucida que os casos de omissão de médicos, infelizmente, não é um caso raro no cotidiano, e sempre que acontecem de forma que um paciente venha a óbito por sua falta de ação ou seja lesionado gravemente, chegam de forma rápida aos noticiários. Verifica-se o dever de cuidar da vida dos pacientes pelo profissional médico, inclusive, no famoso juramento de Hipócrates feito durante as cerimônias de colação de grau do curso de medicina, que diz:

[...]

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por comprazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça (SOUZA, 2006 p. 28).

Além da questão ética no dever de cuidar por parte do profissional médico se faz necessário mencionar a Lei do Ato Médico, Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, destacando-se seu artigo 2, que diz:

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Assim, entende-se que cuidar da saúde do ser humano, preservando sua vida, é dever ético e legal do profissional médico. No caso de descumprimento desse dever pode ser enquadrado no Art. 13, §2º, a, do Código Penal brasileiro, considerando-se que “a omissão é plenamente relevante quanto o omitente devia e podia agir para evitar o resultado”.

A partir da interpretação do Código de Ética Médica, Campanari (2008, p. 1) dispõe o que pode caracterizar como conduta omissiva imprópria do profissional de medicina:

No capítulo I são elencados os princípios fundamentais que norteiam a atividade médica. No capítulo II estão previstos alguns direitos do profissional. No capítulo III há deveres, o Código está minuciosamente ordenado para facilitar o entendimento das diretrizes éticas.

Extrai-se da resolução citada, a título ilustrativo, alguns direitos e posteriormente alguns deveres do médico:

Tem direito de não atender paciente que não deseje, salvo na ausência de outro médico, em caso de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente (artigo 7º);

De denunciar os colegas que pratiquem atos que contrariem os postulados éticos, à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina (artigo 19º);

De indicar o procedimento que considere adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas (artigo 21º);

De internar e assistir pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte de seu corpo clínico (artigo 25º); Entre outros...

Tem dever de não praticar discriminação (artigo 1º);

De manter-se sempre atualizando (artigo 5º);

De manter sigilo das informações que tomar conhecimento no desempenho de suas funções (artigo 11º);

De apenas afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo que temporariamente, se deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave (artigo 36º);

De comparecer em plantão em horário preestabelecido e de apenas se ausentar com a chegada do substituto, salvo motivo de força maior (artigo 37º);

De esclarecer e obter o consentimento do paciente antes de efetuar qualquer procedimento médico (artigo 46º);

De informar o paciente do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano (artigo 59º);

Está proibido de abandonar qualquer paciente que esteja sob seus cuidados, salvo se ocorrer algum fato que prejudique o bom relacionamento com o paciente. Sendo assim, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder (artigo 61º);

Não poderá exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional (artigo 99º);

É vedado dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa (artigo 134);

E, por fim, anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado (artigo 135º).

Todo médico deve ter conhecimento de seus direitos e deveres, deve conhecer profundamente o Código de Ética Médica, agindo assim reduzirá consideravelmente a possibilidade de um incômodo processo disciplinar.

Nesse contexto, os crimes comissivos cometidos pelos profissionais médicos derivam do seu dever ético e legal de cuidar da saúde e da vida do ser humano, a partir do momento que se omite a uma ação, vindo a levar seu paciente a óbito ou a lesioná-lo de forma grave é enquadrado no Código Penal brasileiro.

1.8 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS

A cultura de segurança dos pacientes pode ser entendida como o envolvimento dos profissionais de saúde e da administração hospitalar em ações voltadas para a qualidade no atendimento com práticas seguras, tendo como base o compromisso para discutir e aprender com os erros. Implantar e manter a cultura de segurança em um hospital não é tarefa simples, visto que envolve a ação de pessoas, que sempre estão suscetíveis às falhas. Desse modo, avaliar a cultura de segurança em um hospital se faz fundamental para que se possa verificar os pontos fracos e corrigi-los.

De acordo com Reis (2013), a avaliação da cultura de segurança é exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar e é fundamental

para que se possa gerir de forma prospectiva as questões relevantes de segurança do paciente nas rotinas e nas condições de trabalho, a partir dela é possível monitorar os resultados relacionados à segurança. A autora disserta sobre as múltiplas propostas da avaliação da cultura de segurança:

Para esses autores, a avaliação da cultura de segurança pode ter múltiplas propostas: (i) o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema; (ii) a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo; (iii) a comparação com dados de referência internos e externos à organização; e (iv) a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (REIS, 2013 p. 21).

Nieva e Sorra (2003) ratificam a importância da avaliação da cultura de segurança para que seja possível identificar as áreas que necessitam de maior ou menor atenção dos profissionais para melhoria da segurança do paciente. Identificar as áreas potenciais e as de maiores falhas é oportuno que a gestão trace ações que visem melhorar essas áreas, envolvendo toda a equipe com comprometimento para tanto.

Importante destacar que o clima de segurança é avaliado por ser a parte mensurável da cultura de uma organização, podendo ser avaliado a partir da percepção dos próprios profissionais. De acordo com Paese e Sasso (2013, p. 303):

Normalmente, a avaliação da cultura da segurança do paciente é desenvolvida mediante investigação por questionário aos trabalhadores e gestores sobre suas atitudes para a segurança e as percepções de como ela é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho ou em toda a organização.

Assim, a avaliação de cultura de segurança se dá como uma forma de monitorar, identificando os problemas que envolvem a segurança do paciente,

visando a realização de ações de melhoria através do comprometimento dos profissionais em discutir e aprender com os erros. Inúmeros são os instrumentos de avaliação da cultura de segurança que estão sendo utilizados. De acordo com Nascimento (2011), isso ocorre porque existem muitas definições sobre cultura de segurança do paciente, podendo essa avaliação ser quantitativa ou qualitativa e deve ser escolhida de acordo com o objetivo do estudo. Considerando que neste estudo visou-se verificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do paciente em um hospital, optou-se pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que conforme destacado por Reis (2013) apresentou níveis de confiabilidade adequados para avaliação para ser utilizado na avaliação da cultura de segurança do paciente.

1.8.1 *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)

O HSOPSC é um questionário de avaliação da cultura de segurança nos Serviços de Saúde, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004 com tradução e validação para o Brasil em 2012, de caráter auto-aplicável, com capacidade compreensão e medidas psicométricas estatisticamente aceitáveis. Possui 12 dimensões de segurança, das quais: sete são relativas à Unidade de trabalho com 24 questões que tratam especificamente sobre as expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança, aprendizado organizacional e melhoria contínua, trabalho em equipe dentro da unidade, abertura da comunicação, retorno da informação e comunicação sobre os erros, resposta não punitiva aos erros, e adequação de pessoal; três dimensões relativas ao Hospital com 11 questões, distribuídas em: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades, e passagem de plantão/turno e transferência; e, duas dimensões de resultados, num total de sete questões, que tratam da percepção geral de segurança e frequência de notificação de eventos. Complementando-o há um tópico de descrição do perfil funcional do sujeito (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; REIS; LAGUARDIA; MARTINS 2012).

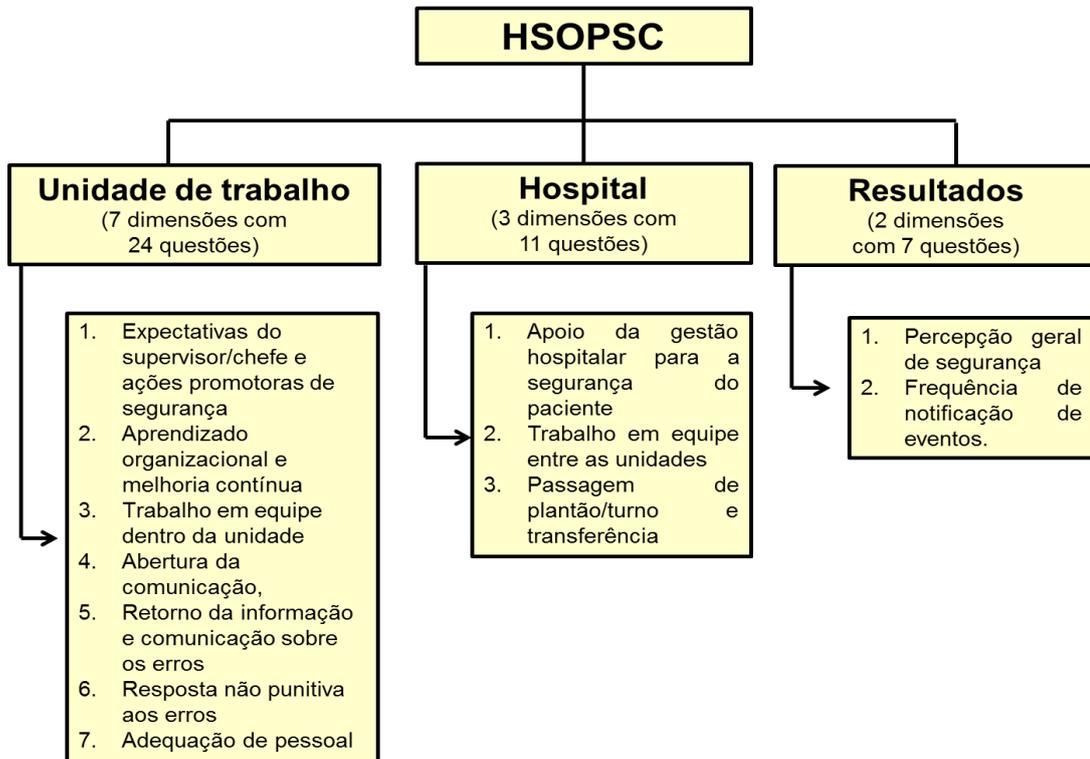
Minuzz, Salum e Locks (2016) elucidam que se trata de um questionário composto por 12 dimensões que visam a identificação dos aspectos positivos de segurança do paciente, bem como das áreas que precisam de melhorias. Nas 12 dimensões encontram-se questões relacionadas ao clima e à cultura de segurança, com as respostas dos participantes sendo quantificadas por meio da escala de Likert.

Sobre o objetivo e o uso desse questionário, Reis (2013, p. 25) elucidam que:

O HSOPSC é um questionário delineado com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e está atualmente em uso em diversos países por todo o mundo. Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e toma cerca de 10 minutos para ser preenchido. Esse instrumento possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital. Ele oportuniza diversos usos: (i) identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; (ii) avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; (iii) possibilitar benchmarking interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e (iv) priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades (SORRA; NIEVA, 2004, p. 25).

Nesse contexto, o HSOPSC possibilita que a cultura de segurança do paciente seja avaliada a partir da percepção dos próprios profissionais de saúde, podendo ser respondido rapidamente e possibilitando que o estudo seja feito considerando a área e o setor de atuação dos profissionais, bem como que ações de melhoria sejam traçadas com foco para as áreas necessitadas.

Esquema do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)





Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a cultura de segurança do paciente entre médicos atuantes em uma maternidade brasileira com base no *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar o nível das unidades de trabalho do hospital, (em todas suas dimensões, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional melhoria contínua, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura da comunicação, retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros, e respostas não punitiva aos erros, profissionais) e o grau de cultura de segurança do paciente.
- Avaliar a nível hospitalar (em todas suas dimensões, apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, passagens de plantão/turno e transferências internas) o grau de cultura de segurança do paciente.
- Avaliar as medidas de resultados (em todas suas dimensões, percepção geral de segurança do paciente e frequência de notificação de eventos) o grau de cultura de segurança do paciente.



Métodos

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

O modelo investigativo foi do tipo transversal e avaliativo, pois essa escolha metodológica permitiu elucidar a natureza completa do fenômeno estudado por meio da documentação de todos os aspectos envolvidos na situação, além de ser um método econômico e fácil de controlar (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O delineamento foi de natureza quantitativa, por permitir estabelecer relações entre as variáveis, verificando a cultura de segurança com qualidade da assistência ao paciente, através de comprovações estatísticas, o que aumenta a confiabilidade das inferências e sublima as chances de distorções.

Hulley et al. (2006) reforçam que os estudos transversais não exigem períodos de acompanhamento longos para que seja garantida a fidelidade dos dados, pois todas as medições do fato são realizadas em um único momento. Ressaltam ainda que esse tipo de estudo possibilita revelar associações entre a ocorrência do desfecho e os seus fatores preditores e é extremamente conveniente para se estudar redes de associações causais.

3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma maternidade do Nordeste brasileiro, inaugurada em 1963, e que atua há 53 anos no atendimento de ginecologia e obstetrícia, possuindo uma infraestrutura de 209 leitos, atualmente apenas 165 estão em operação, visto que estão sendo realizadas reformas estruturais em uma área de 10.762,63m² que envolve quatro pavimentos: térreo (4.730,52m²), primeiro

pavimento (2.834,03m²), segundo pavimento (1.360,21m²), terceiro pavimento (1.325,80m²) e quarto pavimento (512,07m²). O atendimento é voltado para ginecologia, obstetrícia, neonatologia, mastologia/cirurgia e clínica médica. O Quadro 3 apresenta a distribuição de leitos do hospital em estudo:

Quadro 3. Distribuição de leitos na maternidade

Distribuição de leitos
1º Andar: <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Obstétrica com 65 leitos • Clínica Neonatológica – 2 Unidades de Cuidados Intermediários Convencional com 30 leitos • Clínica Neonatológica – 2 Unidades de Cuidados Intensivos com 21 leitos
2º Andar: <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica – 1 Unidade de Terapia Intensiva Materna com 4 leitos • Clínica Neonatológica – 1 Unidade de Cuidados Intermediários Canguru com 5 leitos • Clínica Ginecológica com 15 leitos • Clínica Mastológica/Cirúrgica com 3 leitos • Clínica Obstétrica com 20 leitos • Clínica Médica com 2 leitos
Total 165 leitos

Fonte: Maternidade (2016)

Importante mencionar que o hospital já implementou protocolos de segurança do paciente como o *checklist* de cirurgia segura, o programa de educação permanente em higiene de mãos e o programa “Mãos de Mães”, que visa orientar as mães de bebês na UTI no que concerne à sua higiene quando levarem seus prematuros para casa.

No ano de 2015 a instituição fez 25259 atendimentos médicos, distribuídos conforme demonstra o Quadro 4:

Quadro 4. Indicadores assistenciais da Maternidade

Indicadores assistenciais	2014	2015	Variação 2014/2015
Internações	9,518	12,021	+ 2503
Partos normais	1,831	2,537	+ 706
Cesáreas	2,080	2,832	+ 752
Nascidos vivos	3,937	5,390	+ 1453
Cirurgias emergência	654	816	+ 162
Cirurgias	1,549	1,663	+ 114
Taxa de ocupação hospitalar	91,7%	95,3%	+ 3.6%
Média de permanência (dias)	6,4	5,9	- 0,5

Fonte: Maternidade (2016)

No que diz respeito ao regime de contratação ressalta-se que atualmente parte do quadro de pessoal é vinculada à Universidade Federal do Ceará, outra parte são estatutários, outra parte vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e residentes.

A seleção deste local para o estudo explica-se por estar em posição estratégica no cenário da assistência a saúde no Estado de Ceará e por ser hospital de ensino, podendo contribuir para a redução da ocorrência de erros e implantação de um processo terapêutico mais seguro (NÉRI, 2004).

3.3 FONTE DOS DADOS

Questionário de avaliação da cultura de segurança nos serviços de saúde, *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, Criado pela *Agencia for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

3.4.1 POPULAÇÃO

O presente estudo constitui um subprojeto relacionado a um projeto maior intitulado “Avaliação de Cultura e Clima Organizacional com ênfase para a segurança do paciente em uma maternidade do Nordeste brasileiro”.

A população da pesquisa é composta pelos profissionais de Medicina que trabalham na maternidade cenário desta pesquisa, no período estabelecido para a coleta de dados, sendo um total de 240 médicos.

3.4.2 AMOSTRAGEM

Como método de amostragem foi escolhido o método probabilístico com seleção aleatória simples, sendo enviado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário via e-mail para todos os médicos da instituição em atividades laborais de forma ativa, dando chances iguais para a participação de todos com a meta de 50% de retorno em até três meses.

A participação dos profissionais de medicina foi incentivada com o envio de emails a cada 5 (cinco) dias com a lembrança da pesquisa, bem como a disponibilização de pessoas em pontos estratégicos da instituição nos três turnos de funcionamento, inclusive no final de semana, com o intuito de conseguir atingir mais profissionais, já que alguns preferiam responder com os pesquisadores. Nesse contexto, a obtenção amostral foi feita diariamente tanto via email quanto pessoalmente com a disposição de pesquisadores, partindo do conhecimento do tempo reduzido dos profissionais de Medicina, obtendo uma amostra por conveniência daqueles que se voluntariaram em participar.

3.4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra desta pesquisa foi calculada com o auxílio de uma calculadora amostral, tendo como base em uma calculadora amostral disponível na *internet*, (www.surveymsoftware.net/sscalce.htm). Foi utilizado como heterogeneidade o percentual de 20%, com margem de erro de 5% e 95% de nível de confiança, gerando um resultado de 122 médicos como amostra. Todavia, quando ao final dos três meses de coleta de dados realizados se obteve o total de 124 questionários respondidos, esse número foi mantido, aumentando o poder estatístico dos resultados.

Dessa forma, esta pesquisa tem como tamanho amostral o número de 124 profissionais de Medicina, sendo 65 terceirizados pela EBSERH, 28 em regime estatutário e 31 residentes.

3.4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram critérios de inclusão: ser médico da instituição; estar em atividades laborais ativamente; e aceitar os termos desta pesquisa com a assinatura do TCLE.

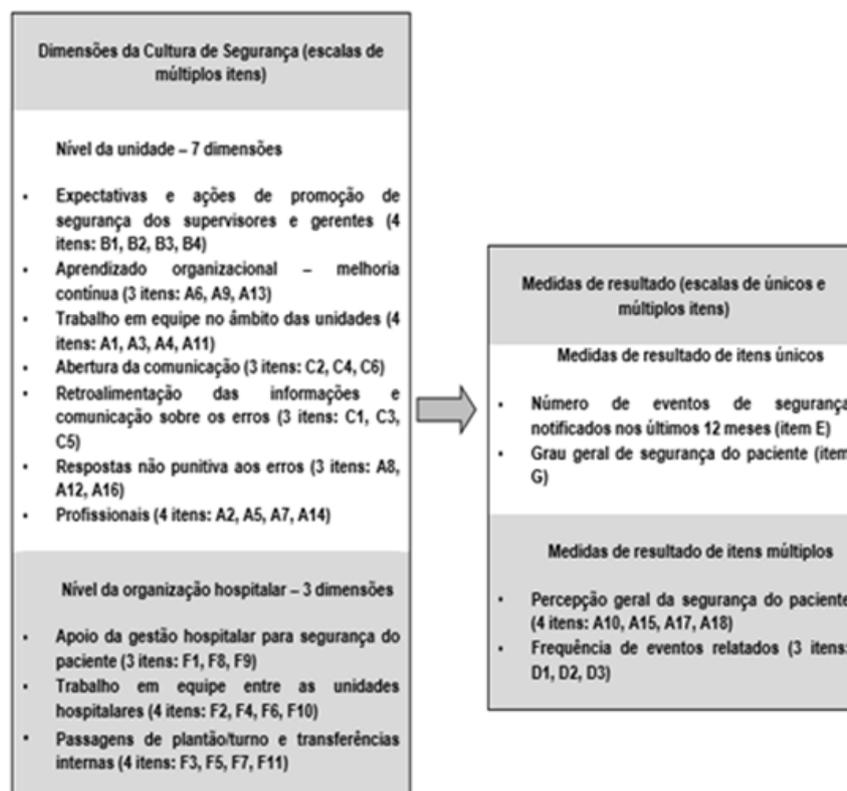
3.4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todos os profissionais de medicina da MEAC tiveram igual chance de participar desta pesquisa, assim somente foi adotado como critério de exclusão os que estivessem afastados por licenças trabalhistas e férias e caso não atendessem aos critérios de inclusão desta pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados escolhido para compor este estudo foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que avalia a cultura de segurança do paciente, adaptado para a versão brasileira por Reis (2013). Seu preenchimento foi baseado no nível de concordância de cada item, sob a forma de Escala de Likert graduada em cinco níveis, desde “discordo totalmente” (1) até “concordo totalmente” (5), com uma categoria neutra “não concordo nem discordo” (3). Outra parte dos itens é respondida por meio de uma escala de frequência de cinco pontos: onde “nunca” (1) a sempre (5). A Figura 3 demonstra as dimensões da cultura de segurança e as variáveis de resultados mensuráveis pelo HSOPSC:

Figura 3. Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis mensuráveis



Fonte: Reis e Languardia (2013)

Por sua vez, as dimensões de resultados são respondidas da seguinte forma: a) segurança do paciente: por uma escala de 5 pontos de “excelente” (1) a “muito ruim” (5); e b) número de eventos notificados nos últimos 12 meses, as respostas poderiam ser “nenhum”, “1-2 eventos”, “3-5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”.

O processo de coleta de dados ocorreu de duas formas:

- a) O link de disponibilidade dos questionários foi encaminhado via email e mensagem em tempo real aos médicos que cumpriam com os critérios de inclusão já descritos e a cada 5 dias foi feito envio de novo email com vistas a lembrar da pesquisa, na oportunidade as instruções de resposta ao questionário eram ratificadas, sempre destacando a finalidade da pesquisa. O questionário estava disponível em ficheiro virtual pela rede mundial de computadores, devendo ser preenchido *online*. De imediato o banco de dados do sistema de ficheiro computava e compilava as respostas dadas aos questionários. Ressalta-se que o ficheiro permaneceu aberto durante 69 dias, de 9 março a 17 de maio de 2016.
- b) Na maternidade foram disponibilizadas pessoas em pontos estratégicos da instituição, nos 3 turnos de funcionamento, inclusive no final de semana, para aqueles que desejassem responder com os pesquisadores pessoalmente. Na ocasião, a pesquisadora abordou aos médicos que atendiam aos critérios de inclusão descritos, dentro do período de 9 de março a 17 de maio de 2016. A pesquisa foi aplicada em único momento durante as atividades de trabalho, onde os mesmos foram convidados a participar do estudo, foram esclarecidos sobre a sua finalidade e instruídos acerca do TCLE (APÊNDICE A) e do instrumento de pesquisa (ANEXO A), que era preenchido em aproximadamente dez minutos pelo próprio indivíduo pesquisado.

Vale salientar que foi informada aos participantes da pesquisa a possibilidade de recusar-se a participar. Nos casos de dúvidas ao preenchimento dos questionários, os participantes foram informados para que ficassem à vontade para realizarem perguntas a qualquer momento.

Também foi informado ao participante que seria mantido seu anonimato em todo momento. Todos os objetivos desta pesquisa foram alcançados a partir da aplicação do HSOPSC, visto que suas dimensões são relacionadas ao nível da unidade, nível da organização hospitalar e dimensões de resultados.

3.6 SUPERVISÃO E CONTROLE DE QUALIDADE

Nos questionários respondidos via ficheiro virtual a supervisão das respostas ficava impossibilitada, assim, para manter o controle de qualidade dos questionários respondidos por esse meio foram colocadas condições de respostas no sistema, que foi configurado para não aceitar questionários com respostas incompletas e/ou com respostas duplas.

Já a coleta na maternidade pela pesquisadora possibilitava a supervisão dos mesmos, porém, com o intuito de deixar os profissionais à vontade em suas respostas não se mantinha proximidade, solicitando somente na entrega do questionário que buscasse responder a todas as perguntas, repassando todas as instruções necessárias e se colocando à disposição em caso de dúvidas.

Após a coleta de dados, todos os questionários foram revisados para que fosse possível identificar itens não respondidos ou com mais de uma resposta, os questionários que apresentassem as características mencionadas eram devolvidos ao participante para correção e/ou complemento, caso não fosse possível ele seria descartado.

Salienta-se que para prevenir erros de digitação e controlar a qualidade dos dados foi realizada a digitação dos questionários válidos todos os dias, buscando minimizar erros nessa etapa.

3.7 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Operacionalmente o estudo realizado foi dividido em etapas para que fosse possível o alcance dos resultados de forma concreta, acreditando-se que percorrer três etapas.

3.7.1 ETAPA 1: DEFINIÇÃO DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A definição do processo de coleta de dados teve como premissa facilitar a adesão dos profissionais de Medicina da maternidade em estudo à pesquisa proposta. Assim, se teve como pressuposto o tempo escasso desses profissionais como dificuldade para responder ao questionário. O primeiro passo para definir o processo foi responder a um questionário contabilizando o tempo que seria demandado, observando que seria necessário cerca de 10 a 15 minutos, tempo considerado razoável e aceito para continuidade na pesquisa.

A partir do conhecimento do tempo demandado e da escassez de tempo dos profissionais foi pensado qual seria melhor meio de abordagem, optando por duas formas com o intuito de conseguir o maior número de questionários respondidos: via formulário eletrônico disponível via *internet* e pessoalmente, com a pesquisadora se fazendo presente na maternidade em estudo para abordagem dos profissionais que aceitassem participar da pesquisa.

3.7.2 ETAPA 2: COLETA E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta última etapa foi realizado o estudo propriamente dito, com a disponibilização do questionário via internet, o qual poderia ser respondido a qualquer momento pelos profissionais de Medicina da maternidade em estudo dentro do prazo estabelecido de 9 março a 17 de maio de 2016. Por esse mesmo período foram disponibilizadas pessoas em pontos estratégicos da instituição, nos 3 turnos de funcionamento, inclusive no final de semana, para aqueles que desejassem responder com os pesquisadores pessoalmente.

No dia 18 de maio de 2016 com a finalização da coleta de dados, iniciou-se a verificação dos questionários um a um, com o intuito de identificar possíveis erros ou falhas na elaboração dos questionários, confirmando que a supervisão e o controle de qualidade proporcionaram êxito, já que se pôde contar com todos os questionários respondidos no período. Após essa constatação, os resultados foram compilados com o auxílio do programa Microsoft Excel para contabilização e tratamento estatístico dos resultados para que se pudesse proceder com análise quantitativa.

3.8 DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS VARIÁVEIS

As principais variáveis consideradas neste estudo estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5. Principais variáveis consideradas em relação ao perfil dos participantes

Nome da variável	Definição	Tipo de variável
Área/unidade de trabalho	Área ou unidade de trabalho do respondente do questionário	Categórica
Vínculo com a maternidade	Vínculo do respondente do questionário com a maternidade cenário da pesquisa	Categórica
Cargo/função	Cargo ou função exercido pelo respondente do questionário	Categórica
Escolaridade	Escolaridade do respondente do questionário	Categórica
Sexo	Sexo do respondente do questionário	Dicotômica

Fonte: Dados primários da pesquisa

Quadro 6. Variáveis relacionadas ao clima de segurança do paciente

Nome da variável	Definição	Tipo de variável
Área/unidade de trabalho	Verifica a relação interpessoal e os aspectos gerais de segurança do paciente na área/unidade de trabalho.	Categórica
Supervisor/chefe	Verifica a relação do respondente com seu supervisor/chefe	Categórica
Comunicação	Verifica como está a comunicação entre os profissionais da maternidade	Categórica
Eventos	Verificar os eventos relacionados aos erros e a forma de tratamento dos profissionais da maternidade em relação ao assunto.	Categórica
Segurança do paciente	Verifica o clima de segurança do paciente a partir de uma percepção do participante da pesquisa.	Categórica
Hospital	Verifica o posicionamento do hospital em relação ao clima de segurança do paciente.	Categórica

Fonte: Dados primários da pesquisa

As variáveis expostas auxiliaram no processo de identificação dos fatores falhos e eficientes do clima de segurança do paciente na maternidade em estudo, sendo a partir dessas dimensões verificado o percentual de segurança do paciente do cenário desta pesquisa.

3.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilhas por meio da utilização do banco de processamento de dados *Microsoft Excel* versão 2010, utilizando conceitos de estatística básica para julgamento exploratório e estatístico. Finalmente, foram apresentados em gráficos e tabelas. Conforme se recomenda foi utilizada a seguinte fórmula para análise dos resultados (SORRA, NIEVA, 2004):

% de respostas positivas da dimensão X = $[\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas aos itens da dimensão X} / \text{n}^\circ \text{ total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$

Assim, foram consideradas áreas frágeis de segurança do paciente, aquelas onde as dimensões com % de respostas positivas for inferior a 50%; e, áreas fortalecidas da segurança do paciente, aquelas onde as dimensões com % de respostas positivas for igual ou maior que 75% (SORRA, NIEVA, 2004).

Os resultados em cada dimensão também foram comparados a partir de estatística descritiva comparando os resultados das variáveis consideradas nesta pesquisa, os dados estatísticos utilizados foram frequência, percentual, percentual acumulado, média de respostas e desvio padrão. A frequência, o percentual e o percentual acumulados serão utilizados nas questões que visam traçar o perfil dos respondentes da pesquisa, assim como na comparação de resultados entre as dimensões. Enquanto a média de respostas e o desvio padrão serão utilizados para averiguar os resultados referentes às afirmações de cada dimensão.

3.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Durante toda a execução do projeto foi obedecido o aspecto ético-legal, uma vez que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, por meio da Plataforma Brasil e a coleta dos dados somente ocorreu após emissão de parecer favorável. O projeto foi aprovado com o numero de processo CAAE 37872414.0.0000.5054.

Todas as pessoas que aceitaram participar do estudo foram convidadas a assinar o TCLE (APÊNDICE A) em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi garantido aos participantes que sua inclusão ou exclusão no estudo foi de livre e espontânea vontade, e que, em todo o decorrer da pesquisa, bem como

na divulgação dos resultados, seu anonimato foi preservado. Foi informado também que a pesquisa tem a finalidade de contribuir com a qualidade do serviço.



Resultados

4 RESULTADOS

Tabela 1 - Gênero, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.

	EBSERH		ESTATUTÁRIO		RESIDENTES	
	N	%	N	%	N	%
Gênero						
Masculino	28	43,08	18	64,28	6	19,35
Feminino	37	56,92	10	35,72	25	80,65
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100
Status de contato com o paciente						
Contato direto	65	100	28	100	31	100
Não tem contato direto	-	-	-	-	-	-
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100
Grau de instrução						
Superior completo	-	-	-	-	25	80,65
Pós-graduação (Especialização)	60	92,31	19	67,86	6	19,53
Pós-graduação (Mestrado)	4	6,15	6	21,43	-	-
Pós-graduação (Doutorado)	-	-	2	7,14	-	-
Dados ausentes	1	1,54	1	3,57	-	-
Total	65	100	28	100	31	100
Cargo/função no hospital						
Médico	65	100	28	100	-	-
Médico Residente	-	-	-	-	31	100
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100
Tempo de trabalho no hospital						
Menos de 1 ano	12	18,47	1	3,57	16	51,62
1 a 5 anos	49	75,38	-	-	15	48,38
6 a 10 anos	4	6,15	3	10,72	-	-
11 a 15 anos	-	-	9	32,14	-	-
16 a 20 anos	-	-	1	3,57	-	-
21 anos ou mais	-	-	14	50,00	-	-
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100

Em relação ao sexo dos participantes, foi possível verificar que 58,06% era do sexo feminino. De forma mais detalhada se tem que 72,73% dos residentes são do sexo feminino.

Todos os profissionais que participaram desta pesquisa possuem contato direto com os pacientes. O grau de instrução dos participantes também foi verificado é 68,54% possui Pós-graduação (Especialização).

Ressalta-se que os profissionais que participaram desta pesquisa atuam como médicos ou médicos residentes, sendo 75% e 25% respectivamente. Quanto ao tempo de trabalho no hospital se verificou que a maior parte dos participantes de EBSERH (75,38%) atua no hospital de 1 a 5 anos.

Tabela 2 - Principal área/unidade de trabalho e tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital, entre médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro.

	EBSERH		ESTATUTÁRIO		RESIDENTE	
	N	%	N	%	N	%
Principal área/unidade no hospital.						
Emergência	4	6,15	5	17,86	-	-
Alojamento conjunto 1° andar	1	1,54	-	-	1	3,23
Alojamento conjunto 2° andar	2	3,08	-	-	6	19,35
UTI adulto	-	-	2	7,14	-	-
UTI neo IIA	2	3,08	-	-	-	-
UTI neo IIB	3	4,61	-	-	-	-
Ambulatório A	4	6,15	7	25,00	-	-
Ambulatório B	1	1,54	-	-	-	-
Ambulatório C	12	18,46	2	7,14	-	-
Clínica Cirúrgica	5	7,69	-	-	4	12,90
Sala de partos	1	1,54	1	3,57	-	-
Centro cirúrgico	30	46,15	11	39,29	20	64,52
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100
Tempo de trabalho na atual área/unidade no hospital.						
Menos de 1 ano	23	35,39	1	3,57	14	45,16
1 a 5 anos	39	60,00	2	7,14	17	54,84
6 a 10 anos	3	4,61	3	10,71	-	-
11 a 15 anos	-	-	9	32,14	-	-
16 a 20 anos	-	-	1	3,57	-	-
21 anos ou mais	-	-	12	42,86	-	-
Dados ausentes	-	-	-	-	-	-
Total	65	100	28	100	31	100

Quanto à unidade de trabalho dos médicos que participaram desta pesquisa verificou-se que 49,20% atuam no Centro Cirúrgico.

Sobre o tempo de atuação na mesma unidade de trabalho atual, os médicos de EBSERH se verificam que 60% estão de 1 a 5 anos na mesma unidade.

No que diz respeito às dimensões de cultura de segurança do paciente, a tabela 3 apresenta os percentuais de respostas positivas dos médicos que participaram desta pesquisa, considerando cada dimensão estudada:

Tabela 3. Percentual de repostas positivas dos profissionais médicos, conforme as dimensões da cultura de segurança do questionário pesquisa sobre avaliação da cultura de segurança do paciente, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.

DIMENSÕES	EBSERH (N=65)	ESTATUTÁRIO (N=28)	RESIDENTE (N=31)	TOTAL (N=124)
Nível da unidade				
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	63,23%	64,28%	80,64%	69,35%
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	89,23%	71,42%	74,19%	80,64%
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	64,61%	57,14%	77,41%	66,12%
Abertura da comunicação	75,38%	60,71%	64,51%	69,35%
Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros	59,92%	50,00%	64,51%	57,25%
Profissionais	69,23%	75,00%	67,74%	70,16%
Nível da organização hospitalar				
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	80,00%	57,14%	80,64%	73,38%
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	64,61%	57,14%	77,41%	66,12%
Passagens de plantão/turno e transferências internas	46,15%	46,42%	51,61%	45,96%
Medidas de resultados				
Percepção geral de segurança do paciente	55,38%	64,28%	64,51%	54,03%
Frequência de notificação de eventos	36,92%	46,42%	38,70%	39,51%

Considerando os percentuais dos profissionais e a orientação de análise da AHRQ para o HSOPSC verifica-se que somente as dimensões de passagens de plantão/turno e transferências internas e a frequência de notificação de eventos carecem de melhorias, apresentaram um percentual inferior a 50%.

Tabela 4 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança no nível da unidade do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.

Dimensões e itens componentes	Respostas Positivas %
1.Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	63,70
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	69,35
B3. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	40,32
B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	29,03
2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	80,64
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	71,77
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	56,45
3. Trabalho em equipe dentro da unidade	
A1 Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	83,06
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	75,80
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	61,29
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	55,68
4. Abertura da comunicação	
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	69,65
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	43,54
C6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	30,64
5. Retorno da informação e comunicação sobre os erros	
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	49,19
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	38,70
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	57,25
6. Resposta não punitiva aos erros	
A8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	70,97
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	49,19
A16. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	55,64
7. Adequação de pessoal	
A2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	57,26
A5. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	45,97
A7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	36,29
A14. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	70,16

A dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua” verificou-se que 80,64% dos médicos concordaram com o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”.

Tabela 5 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.

Dimensões e itens componentes	Respostas Positivas %
Apoio da gestão para a segurança do paciente	
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	73,39
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	65,32
F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum	32,25
Trabalho em equipe entre as unidades	
F2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	40,32
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	61,29
F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	33,37 66,12
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes	
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	
F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	45,96
F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	41,12
F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	40,32
F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	33,06

A dimensão “Apoio da gestão para a segurança do paciente” verificou-se que 73,39% dos médicos concordaram com o item “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”.

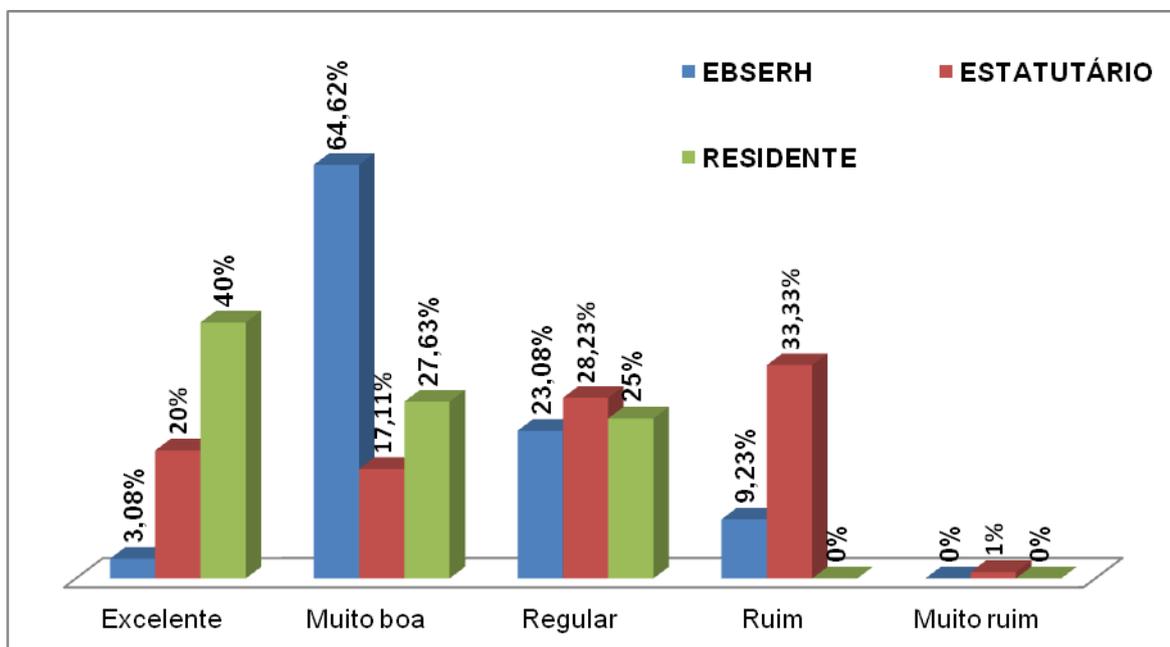
Tabela 6 - Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança nas medidas de resultados do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo, entre médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.

Dimensões e itens componentes	Respostas Positivas %
Percepção geral da segurança do paciente	
A10. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	36,29
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	39,51
A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	53,22
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	54,03
Frequência de notificação de eventos	
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	39,51
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	35,48
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	35,48

A dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” verificou-se que 54,03% dos médicos concordaram com o item “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”.

Com relação à avaliação do grau de segurança do paciente, os resultados são apresentados no Gráfico 1.

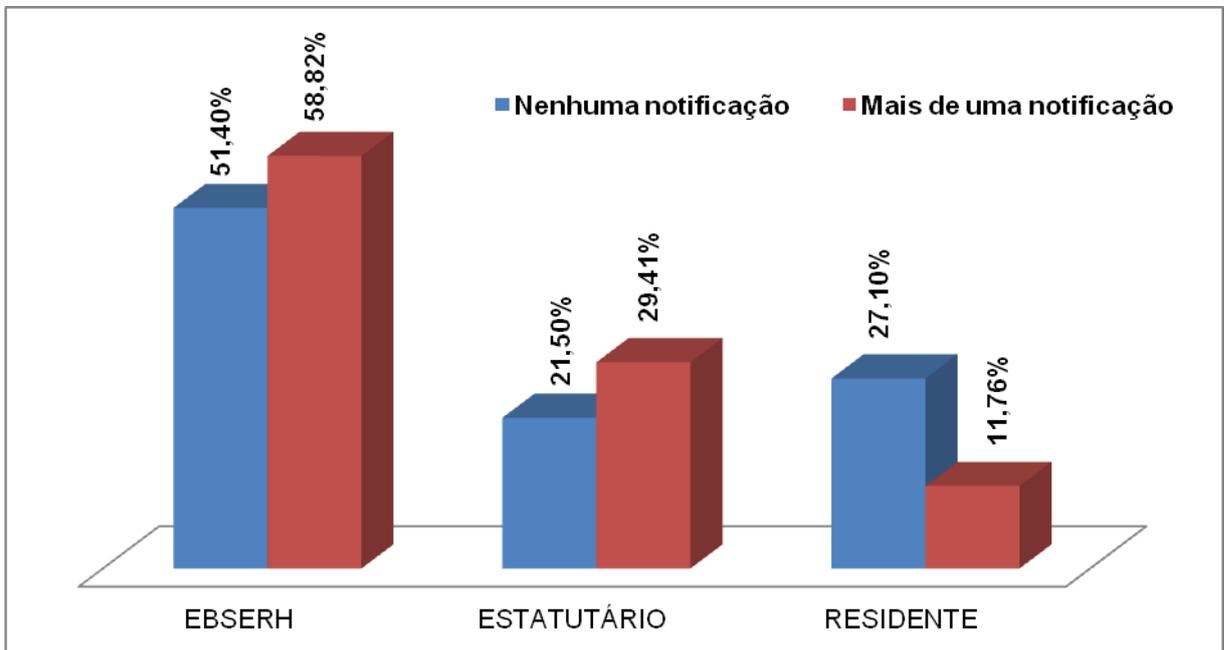
Gráfico 1. Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva dos médicos de uma maternidade do Nordeste Brasileiro.



Verifica-se que os resultados são positivos, verificando-se como maior parte das respostas dos terceirizados avaliação da segurança do paciente no hospital como muito boa (64,62%), enquanto os estatutários, em maior parte, afirmam ser ruim (33,33%) e dos residentes afirmam ser excelente (40%).

Fechando a análise da cultura de segurança do paciente da maternidade em estudo, se apresenta no Gráfico 2 o número de eventos notificados nos últimos 12 meses relatados pelos próprios médicos que participaram deste estudo:

Gráfico 2. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou.



Ressalta-se que para cálculo se considerou um nível de significância de $p < 0,37$, sendo possível verificar que o índice de erros relatados é maior entre médicos terceirizados (58,82%), enquanto os médicos estatutários apresentaram índice de 29,41% e os residentes 11,76%.



Discussões

5 DISCUSSÕES

Os resultados encontrados neste estudo, a partir da perspectiva de médicos de uma maternidade do Nordeste brasileiro, demonstraram que já existe uma cultura de segurança do paciente forte nos principais aspectos, com potencial de melhoria nas dimensões de passagens de plantão/turno e transferências internas e de frequência de notificação de eventos. A dimensão de trabalho em equipe no âmbito das unidades foi a que recebeu melhor avaliação por parte dos médicos, assim como a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua, que recebeu segunda melhor avaliação. Ressalta-se que a pesquisa trabalha com um público diversificado quando o assunto é a experiência de trabalho na maternidade em estudo.

De modo geral, se verifica as passagens de plantão/turno e transferências internas e a frequência de notificação de eventos como dimensões que carecem de melhorias para a manutenção da cultura de segurança do paciente com 45,96% e 39,51% do total. As demais dimensões apresentaram força em relação à cultura de segurança do paciente (> 50%).

O trabalho em equipe no âmbito se faz fundamental para a segurança do paciente, sendo vista pelos profissionais que participaram desta pesquisa de forma positiva. Como bem ressaltam Kell e Shimizu (2010) o trabalho em equipe entre os médicos é fundamental para que a atenção integral ao paciente seja promovida. Estudo semelhante, realizado por Mello (2011), demonstrou que os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva também percebiam o trabalho em equipe de forma positiva, sendo uma das dimensões com maior percentual de avaliação.

Quanto ao aprendizado organizacional e a melhoria contínua, que recebeu uma das melhores avaliações por parte dos profissionais que participaram desta pesquisa, tendo como pontos fortes a unidade de trabalho ser ativa em relação às ações de segurança do paciente e o aprendizado a partir dos erros cometidos. A avaliação da efetividade das mudanças realizadas para a melhoria da

segurança do paciente recebeu menor percentual de respostas positivas desta dimensão, apesar de não poder ser considerada como fraca, acredita-se que apresenta potencial de melhoria. A aprendizagem organizacional a partir dos erros cometidos é fator crucial para o bom desenvolvimento da segurança do paciente, entende-se que todos os profissionais como humanos estão sujeitos a cometer erros, contudo, se faz necessário tirar proveitos desses acontecimentos, com vistas a evitar que venham a acontecer novamente, promovendo, com isso a segurança do paciente. Na pesquisa realizada por Mello (2011) a aprendizagem organizacional e melhoria contínua foi verificada como uma dimensão fraca entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva, enquanto Minuzz, Salum e Locks (2016) também verificaram resultado positivo para esta dimensão, destacando a importância da utilização de protocolos para padronizar a assistência em saúde, com vistas a assegurar e garantir a qualidade dos serviços.

Em relação ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente também foi verificada uma avaliação positiva por parte dos participantes desta pesquisa, sendo o supervisor bem visto em relação aos elogios realizados aos profissionais quando realizam ações para segurança do paciente, assim como por aproveitar as sugestões feitas por estes mesmos profissionais. O ponto fraco ficou a cargo da rapidez exigida pelo chefe quando a pressão aumenta, mesmo que para tanto seja necessário pular etapas. Acredita-se que pular etapas, ou seja, deixar de realizar algum procedimento pode trazer prejuízos à segurança do paciente. O apoio do supervisor/chefe também foi verificado como resultado positivo nas pesquisas realizadas por Mello (2011) e Minuzz, Salum e Locks (2016).

Avaliação positiva também foi feita em relação a respostas não punitivas ao erro, verificando como ponto fraco desta dimensão o fato do foco recair sobre a pessoa quando um erro é cometido. O erro deve ser considerado para a aprendizagem organizacional, sendo utilizado como instrumento de melhoria contínua para a segurança do paciente, quando o foco recai sobre a pessoa, o erro passa a ser apenas um problema ocorrido. Mello (2011) verificou em sua pesquisa a dimensão de respostas não punitivas como uma das que apresentou avaliação mais baixa. O autor relata que prevalecem atitudes punitivas diante dos erros com foco no profissional, não considerando o contexto mais amplo da ocorrência do erro.

Importante mencionar que as respostas punitivas fazem com que os profissionais busquem evitar o erro para, conseqüentemente, evitá-los.

Na dimensão sobre os profissionais também se observou um resultado bastante positivo, todavia, foi verificada como ponto fraco a sobrecarga de trabalho, assim como o uso de mais profissionais terceirizados do que seria o desejável para a unidade de trabalho. Deve-se destacar que esses pontos fracos indicam o potencial de melhoria da cultura de segurança do paciente, implicando em fatores como estresse e doenças ocupacionais, desmotivação e insatisfação com o trabalho, o que pode comprometer o resultado referente à segurança do paciente, como mencionado por autores como Nogueira-Martins (1991), Candeias e Abujamra (1988), Sobrinho et.al. (2006) e Santos et al. (2011). A falta de profissionais suficientes para a demanda de trabalho foi evidenciada na pesquisa realizada por Mello (2011). Assim, destaca-se o potencial de melhoria desta dimensão para aumentar a eficiência da segurança do paciente.

Quanto à percepção geral da segurança do paciente em sua unidade de trabalho o resultado foi relativamente positivo, sendo enfraquecida pelo percentual de respostas negativas relacionadas ao acontecimento de erros mais graves não ser apenas por acaso. Salienta-se a necessidade de melhoria em relação ao assunto, com maior planejamento e uso de protocolos para que não se dependa do acaso, mas sim de ações eficientes e conscientes. Mello (2011) ressalta que essa questão requer um amadurecimento dos profissionais de saúde, não envolvendo simplesmente mudanças de regras, rotinas ou procedimentos, mas também mudanças culturais e de comportamento, o que dificulta a melhoria nesse âmbito, sendo verificada precariedade mesmo em países desenvolvidos pioneiros em segurança do paciente.

A dimensão de expectativas e ações de promoção da segurança do paciente pelos supervisores e gerentes também foi bem avaliada pelos médicos que participaram desta pesquisa, porém, apresentou como ponto fraco desta dimensão o aumento da pressão e a exigência do supervisor/chefe para que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que isso implique em pular etapas, podendo incidir em prejuízos à segurança do paciente. Expectativas e ações de promoção da

segurança do paciente pelos supervisores e gerentes foi considerada uma dimensão forte em outras pesquisas como a de Tomazoni et al. (2015) e de Minuzz, Salum e Locks (2016). Devendo-se destacar a liderança como uma subcultura da cultura de segurança do paciente.

A abertura da comunicação na maternidade em estudo foi vista de forma positiva pelos participantes da pesquisa, fator relevante para o bom desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, contudo, destaque deve ser dado ao fato de se ter encontrado resultado neutro quanto aos profissionais sentirem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores e ao receio dos profissionais em perguntar quando algo parece estranho. As pesquisas realizadas por Tomazoni et al. (2015) e por Minuzz, Salum e Locks (2016) também demonstraram resultado positivo nesta dimensão.

A comunicação para retroalimentação foi avaliada de forma relativamente positiva, sendo verificado ponto fraco no recebimento de informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos e um resultado neutro em relação aos profissionais serem informados sobre os erros que acontecem em sua unidade. Ressalta-se que se trata de uma área importante para a segurança do paciente, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento de todos os processos, mudanças, problemas ocorridos, tomando ciência de tudo o que acontece em sua unidade para que possa agir de forma coerente à segurança do paciente.

Observando a dimensão de passagens de plantão se verifica ser um ponto fraco para a cultura de segurança do paciente na maternidade em estudo, com avaliação negativa dos médicos que participaram desta pesquisa, verificou-se como ponto fraco o fato do processo de cuidado ser comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra, bem como o fato de ser comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno e problemas na troca de informações entre as unidades do hospital ser frequente. As pesquisas de Minuzz, Salum e Locks (2016) e de Mello (2011) encontraram resultado semelhante, com falhas, principalmente, na perda de informações nas trocas de plantão/turno.

A frequência de notificação de eventos recebeu a pior avaliação pelos médicos que participaram desta pesquisa, as respostas demonstram que os eventos de diferentes naturezas são notificados às vezes, o que demonstra que muitos erros devem passar despercebidos, prejudicando a cultura de segurança do paciente do hospital, deixando de promover a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua.

Nesse sentido, foi possível verificar nesta pesquisa que no geral a maternidade em estudo possui bom nível de cultura de segurança do paciente, havendo itens que precisam ser melhorados para garantir de fato a qualidade no atendimento ao cliente, como a comunicação entre os médicos, acredita-se que aprimorando esse setor com informações sobre notificação de erros, bem como informações dos pacientes nas trocas de plantão/turno se possa obter resultados melhores em segurança do paciente.



Conclusões

6 CONCLUSÕES

O estudo realizado em uma maternidade escola de Fortaleza-CE possibilitou o conhecimento sobre a cultura de segurança do paciente, sendo possível identificar os pontos fortes e fracos a partir das dimensões do HSOPSC, e gerar conclusões a respeito do assunto:

- 1) O hospital em estudo já possui ações voltadas para a cultura de segurança do paciente, com esforços que já vêm demonstrando resultados, verificando-se pontos falhos passíveis de intervenção para fortalecer essa cultura, oferecendo aos seus pacientes uma maior segurança e melhores resultados em saúde.
- 2) A metodologia utilizada nesta pesquisa possibilitou verificar diferentes fatores sobre a cultura de segurança do paciente do hospital, considerando que o HSOPSC avalia dimensões importantes para manutenção dessa cultura, devendo-se destacar que as dimensões se relacionam, caso uma apresente falhas, toda a cultura de segurança pode ser comprometida.
- 3) Verificou-se durante o estudo que os erros estão muito voltados para as falhas humanas, sendo por esse motivo difícil de reduzir, já que implica em mudanças culturais. Cansados e, por vezes, estressados pela alta demanda de trabalho, os profissionais deixam de se atentar para sua atividade e acabam por cometer erros.
- 4) O trabalho em equipe, a aprendizagem organizacional e melhoria contínua foram identificados como pontos fortes da segurança do paciente do hospital em estudo, quando as pessoas trabalham juntas em prol de um mesmo resultado, estando disponíveis para aprender e melhorar continuamente, mais fácil fica o processo de mudanças organizacionais para melhoria dos resultados.

- 5) A sobrecarga de trabalho foi identificada como ponto fraco da cultura de segurança do paciente, visto que quanto mais cansados estiverem os médicos maiores são as probabilidades de acontecerem erros, comprometendo a segurança do paciente. Sendo esta sobrecarga justificada pela maior demanda de pacientes em comparação ao número de profissionais disponíveis.
- 6) As respostas negativas relacionadas ao acontecimento de erros mais graves não ser apenas por acaso evidenciam a necessidade de maior controle nessa questão, visto que os erros comprometem a segurança do paciente.
- 7) Outro ponto fraco identificado na cultura de segurança do paciente foi o aumento da pressão e a exigência do supervisor/chefe para que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que isso implique em pular etapas, podendo incidir em prejuízos à segurança do paciente.
- 8) As passagens de plantão/turno também foram identificadas como ponto fraco em decorrência de serem relatadas perda de informações nesse processo, quanto mais informações coerentes e concretas o profissional que vai assumir o plantão receber, mais segurança pode ser desprendida no atendimento.
- 9) A notificação de erros recebeu a pior avaliação, sendo necessária atenção sobre essa questão, visto que implica em aprendizagem organizacional. Quando o profissional de saúde recua em relatar seu erro, os prejuízos são, já que sem o conhecimento do erro não se pode intervir no momento ou mesmo evitar problemas futuros.
- 10) Acredita-se ser fundamental que ações sejam realizadas com o intuito de além de implantar estratégias tecnológicas, os hospitais conscientizem e treinem seus médicos em relação à segurança do paciente, buscando reduzir sua demanda de trabalho com a contratação de novos profissionais.



Recomendações

7 RECOMENDAÇÕES

A partir das conclusões da avaliação de cultura de segurança do paciente da maternidade em estudo e considerando que se trata de um tema de discussões mundiais que precisa de atenção por envolver a saúde e a vida de pessoas, se faz necessário apontar recomendações para que possam melhorar a atuação na área, lembrando-se que no geral a maternidade se mostrou com bom nível de segurança do paciente, sendo avaliada pela maioria como muito boa. Através das recomendações a seguir, o presente estudo pretende contribuir para que a cultura de segurança do paciente seja aprimorada, com uma assistência hospitalar cada vez mais segura:

- Reduzir a sobrecarga de trabalho a partir da contratação de mais profissionais, sendo evidenciada a necessidade de realização de concurso para aumentar o contingente de médicos estatutários.
- Promover ações laborais para redução do estresse dos médicos, tornando sua rotina mais leve para melhor atuação junto ao paciente.
- Sempre que possível evitar trabalho sob pressão e pular etapas, sugerindo-se o trabalho em equipe, dividindo as etapas para que se possa garantir a segurança do paciente.
- Planejar o uso de protocolos para que não se dependa do acaso no acontecimento de erros mais graves, mas sim de ações eficientes e conscientes, sugerindo-se o uso de tecnologias móveis para que as informações cheguem mais rápido aos médicos.
- Implantar um aplicativo móvel para notificação de erros de todas as naturezas, atuando na retroalimentação de informações, todos os processos, mudanças, problemas ocorridos, tomando ciência de tudo o que acontece em sua unidade. Os próprios médicos podem ser responsáveis pela alimentação

de informações, repassando uns aos outros, através do aplicativo, tornando o processo dinâmico.

- O aplicativo sugerido pode trazer melhorias, inclusive para as passagens de plantão/turno, podendo os profissionais se atualizarem das informações a partir do mesmo, devendo-se ressaltar que essa sugestão não substitui o uso de protocolos padrões do hospital, se trata de um recurso a mais para facilitar a comunicação entre os profissionais.
- Promover palestras e cursos de treinamento para conscientização dos profissionais da necessidade de notificação de erros, adotando procedimentos para registro com anonimato, visando com isso deixar os profissionais mais á vontade para notificar seus próprios erros.



Referências Bibliográficas

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSNI - Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. **Organising for safety: Third report.** Study group on human factors. Health and Safety Commission. England, 1993, p. 41.

AVELAR, Ariane Ferreira Machado. **10 passos para a segurança do paciente.** São Paulo: COREN, 2010.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 2013.

BASTOS, Kedimam Célis Barros; MUNIZ, Juliana Benício; TAVARES, Rosimar Correia de Souza; MOURÃO, Bruna Maria Osterno; OLIVEIRA, Francisca Verônica Moraes de. Monitoramento da Rede Cegonha na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde de Caucaia – Ceará – 2014. **Anais...** XI Encontro de Gestão em Saúde - São Paulo, 2014.

BENNETT, Richard R. Becoming blue: a longitudinal study of police recruit occupational socialization. **Journal of police science and administration**, vol.12, n.1, 1994.

BERGAMINI, C.W.; CODA, R. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança.** São Paulo: Atlas, 1997.

BIANCHI, Eliane Maria Pires Giavina Bianchi. **Sentido do Trabalho: uma demanda dos profissionais e um desafio para as organizações.** Tese apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
Acesso em: março/2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12, regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: março/2016.

_____. **O Brasil descumprirá meta do milênio para mortalidade materna.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/noticias/2011/09/110920_mortalidade_brasil_pu>. Acesso em: junho/2016.

_____. **Manual prático para implementação da rede cegonha.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_PRATICO_MS.pdf>. Acesso em: junho/2016.

_____. Boletim de mortalidade materna no Brasil. **Portal da saúde (SUS).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n.1, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012--mortalidade-materna-no-%20%20brasil>>. Acesso em: junho/2016.

_____. Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/CFM?ID_AREA=1816>. Acesso em: junho/2016.

_____. **Caderno Humaniza SUS?** Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Rede Cegonha: 3 anos de desenvolvimento.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Código de Ética Médica.** 2009. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acesso em: junho/2016.

_____. **Lei do Ato Médico,** lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm> Acesso em: junho/2016.

_____. **Código Penal.** 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848compilado.htm>, Acessado em: junho/2016.

CAMMPANARI, N.A.B. **Responsabilidade penal do médico.** Ponta Grossa: Conteúdo Jurídico, 2007.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; LIM, T. A. "Stress" em um instituto de cardiologia da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,** v. 16, n. 64, 1988.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso. **O médico e o seu trabalho:** aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

- CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2011.
- CERTO, S.C. **Administração Moderna**. São Paulo: Prentice Hall. 2003.
- CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre saúde e trabalho de médicos do sistema único de saúde do município de Jaguariúna (SP). **Sem. de Saúde do Trabalhador de Franca**. Sep. 2010.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.
- _____. **Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas**. São Paulo: Atlas. 1996.
- _____. **Gerenciando pessoas**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- _____. **Introdução a teoria geral da administração**. 9. ed. São Paulo: Makro, 2014.
- CODA, Roberto; FONSECA, Gláucia. Em busca do significado do trabalho: Relato de um estudo qualitativo entre executivos. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, vol. 6, núm. 14, abril, 2004, pp. 7-18.
- COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.
- CORREGGIO, Thâmy Canova Da; AMANTE, Lucia Nazareth; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. abr./jun. 2014; 19(2): 67-73.
- FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: a how to guide. **Healthcare quarterly**, v.8, special issue, p. 146-150, 2005.
- FLEURY, Maria T. Leme. O desvendar a cultura de uma organização - uma discussão metodológica. *In*: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. (coord.). **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996
- FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow de; CÍTERO, Vanessa de Albuquerque; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan-fev 2010; 18(1):[06 telas].

FREITAS, G. L. de, et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009.

GAMA, Zenewton A. S.; SATURNO, Pedro J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2013.

GOMES, H.; JESUS, A. G. de. Síndrome de Bournout em Enfermeiros. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**. Vol. 4, N. 6. Jornada Científica da Universo, 2012.

HALLIGAN, M; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf.** V. 20, p. 338-343, 2011.

HELMEREICH, Robert L.. On errors management: lessons from aviation. **British Medical Journal**, 320, 18 March 2000.

HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. **Quality & Safety Health Care**, London, v. 12, Suppl.1, p. 7-12, dez. 2003.

HULLEY, Stephen B; et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed Porto Alegre: Artmed, 2006.

IOM – Institute Of Medicine. **Errar é humano: construindo um Safer Health Care System**.1999.

IVERSEN, A.; RUSHFORTH, B.; FORREST, K. How to handle stress and look after your mental health. **British Medical Journal**, v. 338, p. 1139-1142, 2009.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1533-1541, 2010.

KIRSTA, Alix. **O livro da sobrevivência ao estress: como relaxar e viver positivamente**. São Paulo: Manole, 1999.

LIMA, Cássio de Almeida; OLIVEIRA, Ana Paula Soares; MACEDO, Beatriz Ferreira; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (Impr.)**. 2014; 22 (1): 152-60.

LUZ, Já nine Pacheco da. **Metodologia para análise de clima organizacional: um estudo de caso para o Banco do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1916.

MATOS, Gustavo Gomes. **Porque é preciso comunicar?** Disponível em: rh.com.br Acesso em: maio/2016.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; JUNQUEIRA, Alvaro Gustavo Wagner; SCHWINGEL, Glademir; CARRENO, Ioná; SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann; JUNGLES, Lúcia Adriana Pereira. Sentido e significado do trabalho para Enfermeiros e médicos da estratégia de saúde da Família. **ESTUDO & DEBATE**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 23-35, 2011.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade Civil por Erro Médico: Doutrina e Jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 851-8, 2005.

MESQUITA, Carla Sibelle Paz. **Limites e possibilidades da atuação dos profissionais no acompanhamento das mulheres e homossexuais vivendo com HIV na casa de apoio Sol Nascente**. Fortaleza: Faculdades Cearense, 2012.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2016, vol.25, n.2.

MOREIRA, Davi de Souza; MAGNAGO, Renata Faverzani; SAKAE, Thiago Mamôru; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568, jul, 2009.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, V. 41, nº 3, 2001.

_____. noção de sujeito. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade** (pp. 45-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, Aug. 2011.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NASSAR, Paulo. **A direção estratégica**. Comunicação Empresarial, ano 10, n. 35, 2000.

NAVARRO, Adriana S. de Souza; GUIMARÃES, Raphaella L. de Souza; GARANHANI, Mara Lúcia. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, Jan. 2013.

NÉRI, Eugénie Desirée Rabelo. **Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário**. 2004. 229f. Dissertação

(Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, Dez. 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Atividade Médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 20, p. 355-64, 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. A experiência de supervisão de hospitais em um Programa de Humanização. **Anais do I Congresso Brasileiro: Psicologia Ciência e Profissão**. São Paulo, 2002.

OCCELLI, P; et al. La culture de sécurité em santé: um concept em pleine émergence. **Risques &Qualité**. v.4,p.207-12, 2007.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; PICCININI, Valmiria Carolina; FONTOURA, Daniele dos Santos; SCHWEIG, Cristine. **Buscando o sentido do trabalho**. 2004.

_____; SILVEIRA, C.S. O trabalho como representação: a visão dos jovens universitários. In: **Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**, 1, 2007, Natal. Anais... Natal: ANPAD, 2007.

OLIVEIRA, P. R, T; et al. **Suporte Organizacional em profissionais de UTI Neonatal. Educação profissional: Ciência e Tecnologia**. Vol 1, p.27-37. Brasília 2006.

OTERO LÓPEZ, M. J. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v.78, n.3, p.323-339, 2004.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35(1): 103-109, 2001.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 6. ed Porto Alegre: Artmed, 2004.

REASON, James. **Human error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

REILING, J. G. Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. **Advances in Patient Safety: From Research to Implementation**. Volume 3, AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). Feb. 2005.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2013

_____; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, Nov. 2012.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RIBEIRO, Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro; ZANELLA, Ana Karla Batista Bezerra; NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 251-260, abr./jun. 2013.

SANTANA, Heiko; COSTA, Magda Machado de Miranda. GOMES, Suzie Marie. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo Sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, v.1, n. 1, jan-jul 2011.

SANTOS, Cidalia de Lourdes Moura; RODRIGUES, Celso Luiz Pereira; SILVA, Luiz Bueno da; BAKKED, Hanne Alves; LEITE, Alexandre Santos de Moura; LEAL, Maria Marta de Araújo. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Produção**, v. 21, n. 1, p. 181-189, jan./mar. 2011.

SAQUY, P. C. et al. A ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião dentista. Parte I – Introdução e agentes físicos. **ROBRAC**, n. 6, v. 19, p. 25-8, 2002.

SCHEIN, Edgar H. **Psicologia organizacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SCHMIDT, D. R. C., PALADINI, M., BIATO, C., PAIS, J.D., & OLIVEIRA, A.R. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66(1), 13-27, 2013.

SCHMIDT, D. R. C, et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. v.18, n.2, p. 330-7, 2009.

SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun., 2007.

SEXTON JB, HELMREICH RL, NEILANDS TB, ROWAN K, VELLA K, BOYDEN J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**. 2006;6(1):44. PMID:16584553 PMCID:PMC1481614. [http:// dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44](http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44)

SILVA, Lolita Dapico da. Segurança do paciente no context hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):291-2.

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September, 2004.

SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. **O médico e o dever legal de cuidar**: algumas considerações jurídico-penais. 2006.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira de. **Clima e cultura organizacionais**: como se manifestam e como se manejam. Porto Alegre: Edgar Blücher, 1978.

STUART L. HART ;SANJAY, SHARMA. Engaging Fringe Stakeholders for Competitive Imagination. **The Academy of Management Executive** (1993-2005) Vol. 18, No. 1 (Feb., 2004), pp. 7-18.

VERGASTA, Patrícia Dantas. Cultura e aprendizagem organizacional. **Revista Eletrônica de Administração e Negócios**. 2001.

WAGNER III, Jonh A. e HOLLENBECK, Jonh R.. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2000.

WERTZ, D. Twilight sleep. In: **The Encyclopedia of Childbearing**. Oryx Press. Nova York, 1993, pp. 403-405.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for patient safety**. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: maio/2016.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. Tradução de Roberto leal Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 2002.

YATES, et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 30, n. 10, Oct, 2004.

ZHAO, Bin; OLIVEIRA, Fernando. Error reporting in organizations. **Academy of Management Review**, v. 31, n. 4, p. 1012-1030, 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DE CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL COM ÊNFASE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**, que tem como objetivo geral: Analisar o clima de segurança em uma instituição hospitalar de ensino com base no *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O Sr (a) não estará exposto a nenhum desconforto e/ou risco, e será abordado (a) por um pesquisador previamente capacitado para a execução desta pesquisa, o qual não interferirá em sua dinâmica de trabalho. Também será solicitado (a) a responder um breve questionário cujo tempo para preenchimento é de aproximadamente 10 minutos. Gostaria de informá-lo que:

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para o Sr.(a).
- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- O Sr(a) tem o direito ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- o Sr(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.
- Caso precise entrar em contato comigo, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo-lhe o meu endereço e telefone:

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Rua Professor Vicente Silveira, 100, Bl.2, Ap 404

Bairro Vila União

Tel 86187531

E-mail: gilberto.fp@hotmail.com.br

Caso o Sr.(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se o Sr.(a) concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, localizado no seguinte endereço:

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Fortaleza-Ceará

Telefone: (85) 3366-8344

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura de quem aplicou o TCLE

Data ____ / ____ / ____

ANEXO A

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A B C D E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.